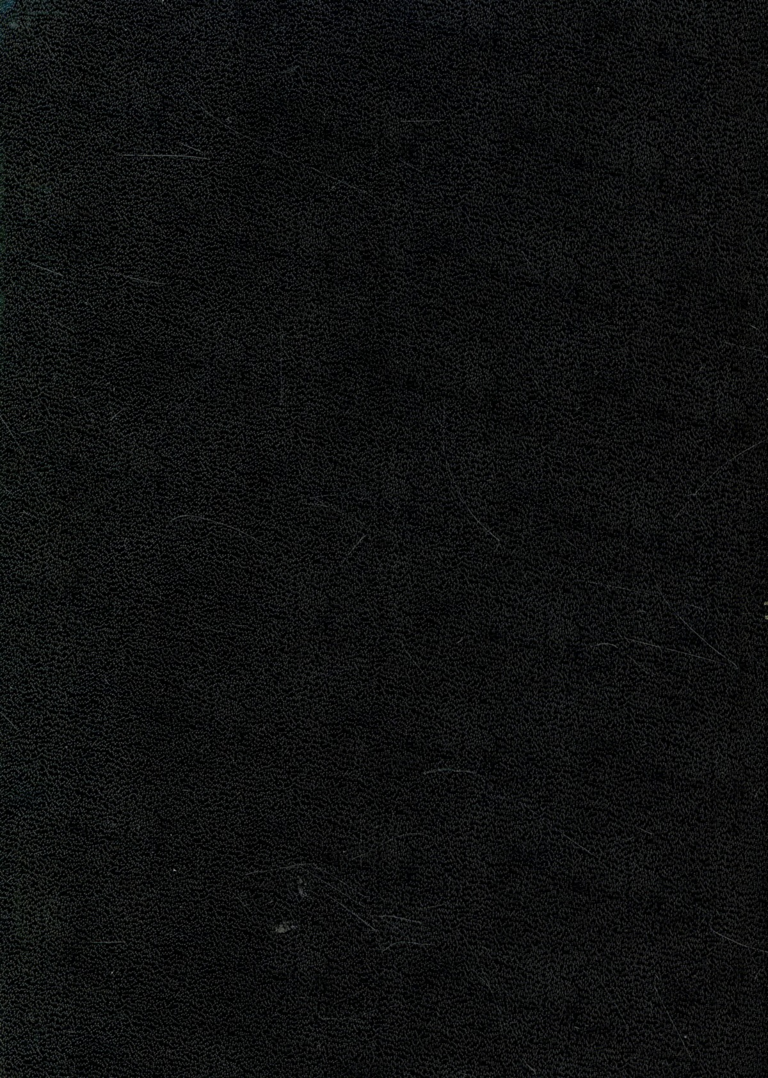


مجلة
المعهد الطبي العربي

تبحث في الطب والصيدلة وجميع فروعهما

يصدرها في دمشق مصورة

المعهد الطبي العربي

مرة في الشهر ما عدا شهري آب وايلول

رئيس انشائها

الدكتور مرشد خاطر

استاذ الامراض والسريريات الجراحية

وعضو المجمع العلمي العربي

دمشق : سورية

السنة الثالثة عشرة

١٩٣٨



طبعت في مطبعة الجامعة السورية

الجزء ١ — المجلد ١٣

مجلة المعهد الطبي العربي

دمشق في ايار سنة ١٩٣٨ م. الموافق لربيع الاول سنة ١٣٥٧ ه.

سنتنا الثالثة عشرة

اجتازت مجلتنا سنتها الثانية عشرة ودخلت عامها الثالث عشر وهي لا تزال متبعة خطتها القديمة التي تستند الى قاعدتين اساسيتين : خدمة الطب ورفع مستواه في البلاد السورية بما تنشره من الابحاث الطريفة والاختبارات التي يقوم بها الاطباء الممارسون في سورية وخدمة اللغة العربية بنحت المصطلحات الجديدة لما يستحدث في كل يوم.

وان من نظر الى سنواتها السابقة وسنواتها المتأخرة رأى البون الشاسع بينها فهي تتجه دائماً الى الامام سائرة بخطى قصيرة غير انها ثابتة فلا تعثر قدماها.

وفقنا الله الى متابعة هذا الجهاد العلمي بمؤازرة الزملاء الافاضل لنؤدي الى لغتنا ما لها علينا من حق وواجب.

....

الجمعية الطبية الجراحية بدمشق

جلسة الثلثا ١٢ نيسان ١٩٣٨

١ — العلمان ترابو ووحيد الصواف ، استرخاء كبدي وتناذر شوفار : ان اقتراب هذين التناذرين مع انهما شديدا التباعد لا مفرّ منه في البلدان التي يتفشى فيها داء المتحولات . فقد جاء المؤلفان بمشاهدتين مختصرتين دارتا على شخصين مقلوبين مع كبد ضخمة مؤلمة . وقد كانت آفة القلب شديدة وكافية للافضاء الى الاسترخاء القلبي ، فهل الكبد الضخمة قلبية المنشإ ؟ وفي سوابق المريضين زحار وفي برازهما متحولات ، والكريات البيض مزدادة في دمائهما وكثيرات النوى متفوقة في الصيغة الدموية فكل هذا يرجح كفة تناذر شوفار. عولج المريضان بالامتين فزال الشك وعادت الكبد الى حدودها الطبيعية وزال ألمها وانقطع الاسهال ورجعت صيغة الدم الى حالتها الطبيعية ونقصت الكريات البيض .

٢ — العليم اسعد الحكيم ، حادثتا رقص سيدنهام لم تنجع فيهما المداواة المألوفة وشفيتا بالمداواة الحرورية الكبريتية : مشاهدتان اوردهما المؤلف خابت في معالجتهما الادوية المألوفة : الانتبرين والبرومور والزرنيخ ونجحت الحقن العضلية بالسولفوزين (sulfosine) التي محت الاضطرابات الحركية

المناقشه : ترابو ، حكيم

٣ — العليم اسعد الحكيم ، حادثة شلل عام اختلاطي ومترقٍ تحسنت بالمداواة الحرورية الصنعية : شلل عام اثبتته الفحوص المخبرية متصف بهذيان الثروة والعظمة لم يفد فيه التلقيح بالبرداء وقد افاد فيه حقن الوريد بالدملكوس فائدة حسنة بعد ان احدث ارتكاساً شديداً وارتفعت الحرارة فزالت العلامات المرئيه والتشوشات الهذيانية .

المناقشة : ترابو ، حكيم

٤ — العليم شارل ، كيس نظير الجلد في الجيب الضلعي الحجابي الايمن :

كشف الرسم الشعاعي هذا الكيس صدفة مبيناً ان في الجيب الضلعي الحجابي الايمن ورماً بحجم البرتقالة . وقد تحدي هذا الورم بالطريق عبر غشاء الجنب بعد قطع ضلعين فكشف ورم تحيط به قشرة من غشاء الجنب مرتكز على الحجاب سهل السلخ عن المضلة والجدار . وبعد استئصاله وشقه تبين انه كيس نظير الجلد فيه سائل وقطع عظمية وانقاص اسنان ، ويظن المؤلف ان ظهور هذا الكيس في الجيب الضلعي الحجابي نادر جداً ولم يذكره المؤلفون حتى الآن .

المناقشة : ترابو ، شارل م . خ .

❀❀❀

١ ــ استرخاء كبدي مع تناذر شوفار

للدكتورين : ج . ترابو ووحيد صواف

ان مثل هذا التقارب بين تناذرين سريريين بعيد احدهما عن الآخر لا يكاد يخطر على بال السرري الا في البلاد الحارة . وكثيراً ما تطرح على البحث في بلادنا مسألة التشخيص التفريقي بين هذين التناذرين واليكم مشاهدتين مختصرتين توضحان ما نقول :

المشاهدة الاولى : — مريض اسمه محمود سعيد، فلاح عمره ٥٠ عاماً دخل المستشفى يشكو زلة ، في سوابقه زحار متحولي لم يعالج المعالجة الكافية بالأمتين . ولدى الفحص تبين انه يشكو آلاماً شديدة في المراق اليمنى وان كبده ضخمة متجاوزة الحافة الضلعية وخاصة الحافة الكاذبة منها ، الطحال غير مقروع ولا محسوس والصفاق حر ، القلب ضخم جداً لا يمكن تعيين قمته ، ساحة الصمم القلبي متسعة ، ضربات القلب خافتة يسمع فيها صوت العدو، ودرجة التوتر الشرياني ١٣ - ٧,٥ ، بزل التأمور فاستخرجت منه بضعة سنتمترات من سائل مدمى ، في قاعدتي الرئتين خراخر فرقعية خفيفة وفي البول آحين . وليس في البراز بالفحص المجهري طفيليات فهل المريض والحالة هذه مصاب بكبد شوفار الالتهابية أم بكبد قلابية ؟

بين فحص الدم ان الكريات البيض يقرب عددها من عشرة آلاف

وان نسبة كثيرات النوى فيها تبلغ ٧٠ ./· وقد أدت المعالجة التجريبية بالامتين الى نقص حجم الكبد التي استعادت اقطارها الطبيعية والى زوال الألم الموضعي منها ·

المشاهدة الثانية : - عبده الموالدي لحام عمره ٦٠ عاماً دخل المستشفى لوذمة في الطرفين السفليين والصفن والأجفان . ليس في سوابقه ما يستحق الذكر ولدى الفحص لوحظ في زوره التهاب قصبات وانتفاخ رئة مع بؤرتين احتقانيتين في القاعدتين ، القلب ضخم تضرب قمته الورب الخامس على الخط الحلمي وقد بينته الاشعة كبيراً بشكل القبقاب(cœur en sabot) وكشف الاصغاء اليه صوت عدو فيه ، درجة التوتر الشرياني ١٣٫٥ ـ ٧٫٥ والنبض ٨٠ـ٩٠ في الدقيقة. وقد بين فحص الجهاز الهضمي ان المريض مسهول مزحور يتغوط ٣ ـ ٤ مرات في كل ٢٤ ساعة وان في برازه مخاطاً الا ان الفحص المجهري المباشر نفى الطفيليات في البراز ، وان الكبد ضخمة جداً يبلغ ارتفاع صممها ثماني اصابع على الخط الحلمي وتجس حافتها السفلى بتمام السهولة .

فهل المريض والحالة هذه مصاب بكبد استرخائية أو بكبد شوفار الالتهابية؟

بين الفحص المجهري ان عدد الكريات البيض يقرب من عشرة آلاف ايضاً وان نسبة كثيرات النوى فيها ٦٨ ./· وقد ادت المعالجة التجريبية بالامتين الى نقص عدد التغوط والى زوال الزحير وعودة الكريات البيض ونسبة كثيرات النوى فيها وصمم الكبد الى حدودها الطبيعية واخيراً الى زوال الألم الموضع

هذه هي الوقائع السريرية ومثل هذا الاحتمال : التردد بين كبد قلابية وكبد زحارية نادر في اوروبة بينما هو كثير الوقوع في سورية، ومغزى هاتين المشاهدتين هو انه لا يمكن ان تعتبر قلابية كل كبد كبيرة ومؤلمة تشاهد في اثناء مرض قلبي ولو بلغ هذا المرض درجة الاسترخاء اذا لم تكن هنالك جميع اعراض الاسترخاء واضحة وضوحاً كلياً . كيف لا والاسترخاء الكبدي دون اي علامة اخرى دالة على قصور القلب نادر جداً . ومتى كان في سوابق المريض زحار او إسهالات مع براز مشبوه ولو غابت منه الطفيليات يستحسن ان يلجأ الى فحص الدم الذي اذا بين ازدياد الكريات البيض وازدياد كثيرات النوى فيها خاصة يرجح كفة التهاب الكبد (لشوفار) الكثير الوقوع في بلادنا . ويثبت ذلك فيما بعد نجاح الأمتين في رد الكبد الى حدودها الطبيعية وفي اعادة الصيغة الكروية الى مستواها العادي. واذا كان التحسن بطيئاً وغير حاسم يتحقق آنئذ استرخاء الكبد الذي يثبته الديجتالين . وان احتمال وجود كبد قلابية وزحارية معاً فكرة لا يمكن نفيها مطلقاً .

❀❀❀

٢ ـ حادثتا داء رقص سيدنهام لم تنجع فيهما

المداواة المتبعة وقد شفيتا بالمعالجة الحرورية الكبريتية

للعليم اسعد الحكيم

شاهدت منذ بدء السنة الحاضرة ست حادثات داء الرقص اربع منها شفيت بالمداواة بالساليسلات والانتبرين ومركبات الزرنيخ والبرومور وحادثتان لم تؤثر فيهما هذه المعالجة فلجأت فيهما الى المداواة بالحرارة الصنعية فشفيتا . وهما :

الحادثة الاولى : ر . م . ولد عمره عشر سنوات . من مأذنة الشحم . تلميذ . اصيب في ايار من السنة ١٩٣٧ بداء الرقص وعولج طيلة سبعة اشهر بدون جدوى . استشارني في ٥ كانون الثاني من السنة ١٩٣٨ فألفيته نحيف البدن . هزيلاً . متحول الانتباه . عديم الاستقرار . مصاباً بحركات مفاجئة عفوية غير منتظمة في الطرفين العلوي والسفلي الايسرين تمتد احياناً وبصورة خفيفة الى اصابع اليد اليمنى والى الوجه . فهو لا يستطيع السكون كما انه يتعذر عليه استخدام يده اليسرى لنقل الاشياء والقبض عليها . مشيه غير منتظم ضربات قلبه سريعة ولكنها منتظمة . النوم مضطرب . الاختلاجات غائبة .

عالجته شهراً بالانتيبرين وبمركبات الزرنيخ والبرومور فلم تنجح فيه هذه المداواة . وفي ١٦ شباط سنة ١٩٣٨ حقنت عضلة اليته بسنتمترين من محلول

السولفوزين فصعدت حرارته غب ست ساعات الى ٤٠° بعد ان اعترته قشعريرة شديدة ثم هبطت الى ٣٨° في اليوم الثاني وعادت طبيعية في اليوم الرابع . وفي اليوم الخامس اعدت له حقنة السولفوزين فارتفعت الحرارة كالاول . وقد كانت حركاته تزداد ويضطرب ويهذي في اليوم الاول من ارتفاع الحرارة ثم يأخذ بالسكون تدريجياً في الايام التالية . وغب خمسة ايام اخرى حقنته بثالثة وبعدها باسبوع شاهدت المريض بحالة السكون والخمود، في شفتيه اندفاعات قوبائية وقد زالت حركات طرفيه العلوي والسفلي الايسرين واصبح باستطاعته السكون مع التكلم مدة طويلة . وشاهدته في ٢ الجاري بحالة الشفاء وقد عاد الى المدرسة

الحادثة الثانية : ف . ج . بنت عمرها ١٤ سنة . من محلة سوقساروجة .

اصيبت في ١٠ تشرين الاول سنة ١٩٣٧ بداء الرقص. عالجها المشايخ مدة ثم الاطباء . استشارتني في ١٨ كانون الثاني سنة ١٩٣٨ فألفيتها مصابة بحركات رقصية شديدة في طرفيها العلوي والسفلي الايسرين وفي عضلات الوجه تمتد بصورة خفيفة الى الطرفين العلوي والسفلي الايمنين . فهي لاتستطيع الاستقرار ولا المشي المنتظم ولا استخدام يديها لقضاء حاجاتها . تتلعثم بالكلام. قلبها سالم. عالجتها بمركبات الزرنيخ وبالساليسلات والغاردينال شهراً بدون جدوى . في ٢٠ شباط عالجتها بحقن السولفوزين في العضل فحقنتها ثلاث حقنات كل واحدة منها سنتمتران بفاصلة خمسة ايام ما بين الواحدة والاخرى . فكانت حرارتها ترتفع في اليوم الاول الى الاربعين ثم تهبط الى ٣٨° وفي اليوم الثالث او الرابع الى ٣٧° . وقد لوحظ التحسن

جلياً في عقب الحقنة الثانية . وبما انني غادرت دمشق في عقب الحقنة الثالثة لم اشاهد المريضة الا في ه الجاري فرأيتها بحالة الشفاء لا تشكو سوى ضعف في القوى وهزال خفيف .

المناقشة : العليم ترابو : قلت انك عالجت مريضك بمركبات الزرنيخ فايها اخترت وما هي الجرعات التي اعطيتها ؟

العليم اسعد الحكيم : انني استعملت محلول بودن وقد اعطيت منه عشرة غرامات لولد عمره عشر سنوات

العليم ترابو : انني اظن ان الخيبة التي صادفتها ناشئة عن قلة الجرعات المستعملة فان ولداً عمره عشر سنوات يعطى حتى خمسة عشر غراماً في اليوم والاولاد يحتملون جيداً هذه المركبات وقد عالجت في الشعبة كثيراً من المصابين بداء الرقص بمركبات الزرنيخ فنالوا الشفاء بها .

العليم اسعد الحكيم ان احد مريضي كان قد عولج في المعهد الطبي وكان يحمل وصفة من احدى العيادات الخارجية فيه .

العليم ترابو : ان هذا ممكن في العيادة الخارجية ، والمرضى الذين اعنيهم هم المرضى الذين دخلوا الشعبة وعولجوا فيها واما المرضى الذين يأتون العيادات وتوصف لهم الوصفات ولا تستطاع مراقبتهم فلست اعنيهم بكلامي. ومتى خابت مركبات الزرنيخ في معالجة داء الرقص استفاد المرضى فائدة كبيرة من الطرطير المقيء .

❀❀❀

٣ــ حادثة شلل عام اختلاطي ومترقٍ

تحسن بالمداواة الحرورية الصنعية

خليل س . من دمشق . تاجر . أُدخل مستشفى ابن سينا في ١١ كانون الثاني سنة ١٩٣٨ بناءً على الشهادة الطبية الآتية : « فاقد الملكات العقلية . يعتدي على مقابله باللسان شتماً وباليد ضرباً ولكماً . بقاؤه بين افراد عيلته يهدد حياتهم . يلزم ارساله لمستشفى خاص بالامراض العقلية »

وقد تبين من درس سوابقه ان والديه توفيا في سن الشيخوخة بامراض عادية وان له ثلاثة اخوة واختاً في صحة جيدة، اعزب . نشأته حسنة . يقرأ ويكتب. لا يدخن ولا يشرب المسكر . لا يُعرف انه اصيب بمرض زهري، محافظ على واجباته الدينية. تأخرت حالته المالية منذ سنة . فتكدر وتشوش. قل نومه . اخذ يكثر من الصلاة . يذهب ليلًا يزور قبر والديه . قل كلامه يصفن . قل طعامه . ثم اخذ يتكلم على انفراد وبعد ذلك بشهرين اخذ يتحرش بالنساء في الطريق ثم في البيت حتى بشقيقته ، سريع الغضب .يضرب يكسر . يلوث ثيابه . ثم بدأ فيه هذيان الثروة مع اهلاس بصرية . قُيّد بالحديد وحجر عليه في داره سنة وعولج عند المشايخ حتى ١١ كانون الثاني سنة ١٩٣٨ حيث ادخل المستشفى

لدى معاينته تبين انه في الخامسة والاربعين هزل . خائر القوى . وسخ

اللسان . قذر الثياب . كريه الرائحة. ممسكاً بيده اعضاءه التناسلية . في اذنه اليسرى ورم دموي . في جسمه واطرافه كدمات رضية مع جروح . ضال في الزمان والمكان. متحول الانتباه . حسن الذاكرة ولكنه بطيء التخطر، هذيان الثروة والغنى والشبق : متزوج بامرأتين . سيعطي الطبيب واحدة له عشرة اولاد . يكسب كل يوم عشر ليرات . عنده مخازن وحوانيت . هو هنا في قصره . سريع تحول الانتباه . اهلاس سمعية وبصرية : يتكلم مع زوجته واولاده . يخاطب عماله . يرى فيراناً في فراشه . يحاول طردها . يمزق ثيابه وشراشفه . يبرز في لباسه. لا يطلب الطعام اذا لم يطعم . يخدش جلده باظافره . يعض يديه باسنانه. مما يدعو الى ضبطه بالقميص. قليل النوم

الانعكاسات الوترية متزايدة . علامة ارجيل روبنسون ايجابية .في طرفيه العلويين ولسانه رعشة خفيفة . يمشي مشية الثمل . التلفظ صحيح .

تفاعل واسرمان في الدم ايجابي شديد .

ضغط المائع النخاعي الشوكي بمقياس كلود ٣٨ . عدد الكريات البيض فيه٤٤ في المليمتر المكعب، مقدار الآح ٠٫٥٠ سنتيغراماً في اللتر . تفاعل واسرمان ايجابي شديد تفاعل شارغوفلا : ايجابي شديد . تفاعل الجاوي الغروي ايجابي .

ان العلامات السريرية الجسمية والنفسية والفحوص المخبرية الآنفة الذكر تدل بصورة جلية على ان هذا المريض مصاب بالشلل العام المترقي .

<u>المداواة</u> : في ٢٧ كانون الثاني حقن المريض بعشرين سنتمتراً من دم بردائي ثلثي عامله المصورات النشيطة (plasmodium vivax)

واخذ بتغذيته ومعالجته بالزيت المكوفر وخلاصة الكولا . مع المسكنات احياناً .

انتظرنا ثمانية عشر يوماً فلم ترتفع حرارة المريض وساءت حالتاه الجسمية والنفسية واصبح في حالة اختلاطية نوامية (confusionnelle onirique) شديدة

في ١٤ شباط عالجناه بحقن الدملكوس في الوريد مبتدئين بمئتي مليون . لم تترفع الحرارة .

في ١٧ منه حقن بـ ٣٢٥ مليوناً : رعشة خفيفة . ارتفاع الحرارة الى ٣٨°
في ٢٠ منه حقن بـ ٤٥٠ « : رعشة شديدة . « « ٣٩,٥ تهيج
في ٢٤ منه « « ٥٥٠ « : « « « « ٤٠° «
في ٢٨ منه « « ٦٧٥ « : « « « « ٤٠°

في ٤ اذار حقن بالمقدار نفسه فاعترته رعشة شديدة غب الحقن بساعتين استمرت ساعة وارتفت حرارته حتى الاربعين واستمرت ست ساعات ثم هبطت في اليوم الثاني الى ٣٧,٥ وكان يصحو قليلًا في اثناء الرعشة ثم يشتد هذيانه في اثناء الحمى ويخمد في عقبها مقدار يوم ثم يأتيه دور نشاط يطلب خلاله الطعام ويكثر فيه هذيانه وكلامه .

اخذنا بعد هذه الدورة بمعالجته بالستوفارسول حقناً تحت الجلد . فاعطي غراماً كل يوم مدة اربعة ايام فساءت حالته الجسمية . وظهر عليه عدم تحمل العلاج . وضعفت رؤيته وصار لا يميز الاشياء فاضطررنا الى وقف هذه المعالجة واعطاء المدرات ومقويات القلب . والمنعشات .

في ١٥ اذار سنة ١٩٣٨ عملت له سلسلة ثانية من حقن الدملكوس بحسب

النظام الاول . فبدأ التحسن خلالها يظهر جلياً . وقد شاهدت المريض في عقبها في ٦ نيسان سنة ٩٣٨ وقد تبدلت حالته السابقة الجسمية والنفسية : زاد وزنه . واشتدت قوته وشهيته . فغادر فراشه واخذ يمشي ويتجول ويأكل وحده وحسن ادراكه وزالت عنه الاهلاس ولم يعد يتغوط في لباسه واصبح مهتدياً في الزمان والمكان حسن الذاكرة والانتباه ينام في الليل ويتكلم بهدوء الا انه ما زال يهذي بالثروة وطلب الزواج بصورة محتشمة علامة ارجيل باقية، رعشة اللسان والاطراف زالت تماماً ، الانعكاسات الوترية اصبحت طبيعية .

عرضنا هـذه المشاهدة لما فيها من فائدة من حيث خيبة الحقن بالدم البردائي في هـذا المريض ومن حيث تماثله السريع الجسمي والنفساني بفعل الحمى الصنعية وحدها .

المناقشة : العليم ترابو ،هل اختبرت الستوفرسول الصودي اختباراً كافياً في مرضاك ؟ وهل صادفت كثيراً اضطرابات الرؤيـة التي ذكرتها في مشاهدتك ؟

العليم اسعد الحكيم : عالجت زهاء ثلاثين مريضاً بالستوفرسول الصودي ولم اصادف اضطرابات رؤية الا في هذه المشاهدة التي نقلتها اليكم الآن . والستوفرسول علاج حسن وفوائده باهرة .

العليم ترابو : قد استعملت هذا العلاج في مريض كان قد منع عن استعمال الادوية النوعية فكانت نتائجه حسنة .

❀❀❀

التهابات الكلية البردائية والعلة الكلوية

نظيرة الشحم البردائية في البصرة

للعليم جمال الدين الفحام

طبيب وحدة النساء في مستشفى تذكار مود (البصرة)

ان مدينة البصرة او بالاحرى لواء البصرة ، من اغنى الوية العراق بالامراض ، واذا شئنا ان نصنف امراض هذه الناحية جاز لنا ان نجعل البرداء في الصف الاول منها .

ولعل اكثر ما يستلفت انظار الطبيب في السوابق الشخصية لمرضى هذا اللواء ، كثرة اصابتهم بالنوب البردائية المكررة . وليس هذا المرض فصلياً هنالك ، بل هو مرض دائم فلا يكاد يمر يوم الا ويرى الطبيب عدة اصابات بردائية في مرضاه ، ولا سيما اذا كان طبيباً لمستشفى كثير مراجعوه

غنى ان الاطفال في هذه الناحية ، كما في غيرها ، اشد احساساً من سواهم نحو هذا الداء ، وضحاياهم كثيرة بل كثيرة جداً . ولئن اردنا الوقوف على شدة فتك هذا المرض فيهم عدنا الى القاعدة المتبعة في ذلك وهي قياس الاشارة الطحالية (index splénique) فهي لا تقل في الاطفال واليفعان عن ٦٠ ./· ان لم تزد عن ذلك ولا سيما في القرى ، وانني سأقوم باحصاء دقيق لاثبات هذه النسبة في عدد وافر .

يفهم من هذه المقدمة الموجزة ان درس البرداء واختلاطاتها في البصرة من الدروس المجدية المثمرة ، لان الباحث يتمكن فيها من عرض مئات الحوادث في مدة وجيزة .

وقد استرعى انتباهي من هذه العراقيل ، كثرة حوادث التهاب الـكلية في هذا اللواء كثرة واضحة ، حتى ان قسم النساء في مستشفى تذكارمود لم يخلُ يوماً واحداً من عدد من المـكتلين لا تقل نسبتهم عن ٢٥ ٪ من مجموع مرضى هذا القسم الباطنيين .

ان هذه النسبة الكبيرة لم اعتد مشاهدتها في قسم الامراض الباطنة للمستشفى العام في دمشق ، وانني لا ازال اذكر ان نسبة المكتلين هنالك لا تزيد عن ٤ — ٥ ٪ فالفرق كبير في النسبة بين هؤلاء واولئك ، وهذا الاختـلاف الواضح بين القطرين دعاني الى زيادة البحث في اسباب هذا التباين .

ولا عجب ، ونحن في بيئة موبؤة بالبرداء ان يذهب تفكيري اليها قبل كل شيء ، وان احملها تبعة هذه العرقلة .

غير ان الذي اعلمه ، ويعلمه غيري ، ان التهاب الـكلية البردائي مرض نادر وان استقرار البرداء في الـكلية والهابها امر يـكاد يكون شاذاً هذا ما كنت اسمعه من اساتذتي وهذا ما تذكره الكتب الطبية في هذا الصدد ، ولئن عدنا الى مؤلفات الطب الباطن المختلفة وتصفحنا باب التهاب الـكلى ، ولاسيما مبحث الاسباب، لا نجد من المؤلفين من يذكر البرداء في جملة اسباب المرض المحدثة او المؤهبة .

يد انني ما زلت اذكر ان استاذنا العليم ترابو ، وهو معروف بمناصرته للبرداء او بالاصح بعدائه لها لكثرة ما يحملها من تبعات ، وما يعزو اليها من عراقيل ، كان حدثنا اكثر من مرة ان البرداء قد تصيب الكلية وتلهبها التهاباً مزمناً .

ولقد اورد في احد اعداد هذه المجلة ، مشاهدة عن التهاب الكلية البردائي شاركه في تقديمها العليم بشير العظمه ، وانني لا انكر ان الشك خالجني اذ طالعت الموضوع للمرة الاولى في ان الحادثة التي ذكراها كانت بردائية صرفة ، لاعتقادي ان المكلي قد يصاب بنوب بردائية فليس ما يدعو الى الغرابة اذا شاهدنا مصاباً بالتهاب الكلية يحمل اعراض البرداء . وان الطريقة التي اتبعها الاستاذ في معالجة مريضه لم تخرج كثيراً عن معالجة التهابات الكلى المعتادة ، الا باضافة الكينين كمضاد للبرداء .

اما الآن ، وقد تحققت خطأي في ذلك الشك اعود فاذكر جملة من الحوادث مؤيدة لما ذهب اليه استاذنا الفاضل ، وداعمة قسماً كبيراً من نظرياته البردائية .

ان عدد المرضى الباطنيين الذين قبلوا لمستشفى تذكارمود (في قسم النساء) بين تموز ١٩٣٧ ونيسان سنة ١٩٣٨ بلغ (١٤٣٣) مريضاً وعدد المكتلين منهم (٨٦) فنسبة التهاب الكلية فيهم هي ٢٣ ./. بالنسبة الى مجموع الامراض ولكن أكانت هذه الالتهابات بردائية صرفة ام انها التهابات من طبيعة اخرى شاركتها البرداء واعادتها اكثر وخامة ؟

ان الجواب عن هذا السؤال مستصعب جداً ، غير ان البحث الدقيق في

هؤلاء المرضى واستقصاء سوابقهم المرضية ، وكيفية بدء المرض فيهم وسيره كل هذا جعلني اقتنع ان البرداء كانت سبباً فعالاً في قسم غير قليل من هذه الالتهابات الكلوية . وان الفقرات التي سأوردها بعد قليل ، تؤيد ما ذهبت اليه ، وقبل ذكرها لا بد لي من ايضاح فعل البرداء في الكلى كما يخيل اليّ وهو لا يختلف عن فعل بقية الانتانات فيها .

فاذا كنا من المؤمنين بفرضية الذيفانات البردائية ، وقد اصبحت هذه القضية اقرب الى الحقيقة منها الى الفرضيات ، لم تعد صعوبة في تفسير الامراض فان الذيفانات البردائية تفعل في الكلية (ملحمتها ولحمتها) فعل الذيفانات الاخرى فيها كذيفان الدفتيريا وسواها .

واذا كنا من ضعيفي الايمان بتلك الفرضية ، فلا ما يمنع المصورات الدموية عن الوصول الى كبب مالبيغي وسدها لشبكاتها واحداث تغيرات عميقة في نسج الكلية تنتهي بتصلب الكلية وكبتها (cirrhose) او باحداث تغيرات اخرى في ملحمتها ، شبيهة بالتغيرات التي تحدث في الطحال والكبد والكظر وقشر الدماغ وغيرها .

وان البحث التشريحي المرضي ، الذي يجرى على مثل هذه الكلى (في مختبر بغداد) سيكشف لنا القناع عن طبيعة التهابها وتحديد حصة البرداء منه ، واني انتظر ورود اجوبة هذه الفحوص لاحدث قراء مجلتكم عن النتائج التي سنأخذها بعد حين .

وقد لاحظت في الاحصاء الذي اوردته الملاحظات الآتية :

١ — ان هنالك خمس حوادث من ادواء الكلية كانت من صنف العلة

السكلوية نظيرة الشحم (néphrose lipoidique) (فولهارد) وهذه كشفها الفحص السريري وايدها المختبر بعد الفحوص المكررة وسأعود الى البحث في ذلك بتفصيل .

٢ — ان القسم الباقي من هذه الاصابات السكلوية، مشكوك في اسبابه غير ان الثابت سريرياً ومختبرياً ، ان ما لا يقل عن ٨٥ ./. من هؤلاء المكتلين كانوا مصابين بالبرداء ولاسيما المزمنة منها التي تخللها نوب حادة ،مع ضخامات في الطحال مختلفة في درجتها بين الضخامات الخفيفة،وعددها ضئيل، والضخامات المتوسطة ، وهي اكثر عدداً ، والضخامات الكبيرة التي يلامس الطحال فيها العانة وهذه اقلها عدداً .

٣ -- ان التهابات السكلية التي نشاهدها ، يكاد يكون مجموعها من نوع التهاب السكلية المزمن (داء برايت) بشكل انحباس الماء وبيلة الآحين (hydropigène et albuminurique) على ان انحباس البولة فيها قليل، والشكل الحاد اقل . وعلى الرغم من ان بعض المرضى كانوا يراجعون المستشفى للاستشفاء من نوبهم الحمية التي كانت تزعجهم اكثر من التهاب السكلية ، فيجب ان لا يظن ان بيلة الآحين كانت موقتة وفي اثناء الحمى فقط ، لان شفاء الحمى بحقن السكينين او سواها ، لم تكن لتشفي المريض من مرضه السكلوي او بالاحرى من بيلة الآحين بل ان كمية الآحين في البول كانت تتجاوز الغرامين في اثناء الحمى وتبقى بعد زوالها .

٤ — ان معالجة هؤلاء المكتلين ، ليست كافية – للتفريق بين التهاب السكلية السائر والتهابها البرداني ، لأن السكلية متى اصبحت مأوفة اعني متى

اصيب نسيجها بالالتهاب والتخريب ، لا يعود العلاج المضاد للبرداء كافياً لشفائها ، بل لا بد في ذلك من اللجوء الى الادوية الاخرى من مدرات كلسية وسواها مع التزام الحمية الصارمة توصلًا الى تحسين حال المريض (ولست اقول الى شفائه) ومن المعالجة النوعية للبرداء التي لا بد منها لقطع شأفة الداء.

٥ — ان البحث في سوابق المرضى ولا سيما الشخصية منها كان مبهماً ولا يصح الاستناد اليه ، لأنه وان يكن جلُّ هؤلاء المكتلين ان لم اقل كلهم ، قد اصيب بنوب بردائية صريحة ، فان بعضهم بل الكثير منهم قد اصيبوا ايضاً بامراض انتانية واصابات بلهارزيائية لها قسطها الكبير البين في احداث المرض .

٦ — ان الفحوص المختبرية التي اجريت لهؤلاء المرضى تنفي الافرنجي فيهم ، كما ان فحص البول لم يكشف بيوض البلهارزيا ، واعمارهم لم تكن تجاوز الكهولة ، فان معظم المرضى كانوا من الاطفال والفتيان والقسم الثاني كان من الكهول والقسم الضئيل جداً من الشيوخ .

وبالاختصار :

أ — ان كثرة التهاب الكلى في هذه الناحية مناسبة لكثرة البرداء فيها .

ب — أن الاعراض البردائية الصريحة مرافقة لالتهابات الكلية في جميع الاصابات تقريباً .

ج — ان ليس ما ينفي او يمنع عامل البرداء او ذيفاناتها عن بلوغ الكلية وايذائها .

ان هذه الاسباب جعلتني ارجح ان للبرداء فعلاً كبيراً في الكلى وانها سبب محدث لقسم من الالتهابات الكلوية التي صادفتها في ممارستي الطب في البصرة .

. . . .

اما الحادثات الخمس من العلة الكلوية نظيرة الشحم (néphrose lipo - idique) التي مر ذكرها ، فاليكم مشاهداتها بايجاز :

المشاهدة الاولى: عبد الرحمن عربي عمره ثماني سنوات من مدينة البصرة . ليس في سوابقه ما يستحق الذكر سوى اصابته بنوب برداثية وصفية ، دخل المستشفى في ٣٠ تشرين الاول سنة ١٩٣٧ لوذمة منتشرة في البدن ظهرت فيه قبل دخوله المستشفى بشهر واحد وقد ابتدأت بحمى عالية سبقها نافض وألم قطني ثم توذم الوجه فالصفن فسائر البدن ، والمريض ذو وجه واسع مستدير وخدين بارزين وعينين مغمضتين لشدة توذم اجفانهما ، وطرفين فيلين وصفن كبير عرطل بحجم بطيخة متوسطة الحجم وقضيب مختف في هذا التوذم الشديد . وبطن متورم ممتلىء سائلاً وجنب مفعم بالانسكاب

ان هذا المنظر السريري دعاني الى التفكير اولاً بالعلة الكلوية نظيرة الشحم ، فاجريت الاختبارات الآتية :

الضغط الدموي الأعلى ١١ والادنى ٧ بمقياس فاكز .

البولة الدموية : ١٨ سغ في لتر من مصل الدم — واسرمان سلبي

الكولسترين : ٢٫٢٠ غم في لتر من مصل الدم

فحص البول : الآحين ١٤ غراماً في لتر من البول ،

الرسوب : كريات حمر سلبية (—) . كريات بيض ايجابية (+) ،

ظهور اسطوانات شفافة (+) ، غيبة بيوض بلهارزيا (-) ،
ظهور اجسام شحمية كاسرة للنور كسراً مضاعفاً (+) .
فحص البراز : لم يكشف شيئاً غير طبيعي .

ان تشخيص المرض اصبح ثابتاً ولا سيما بعد بزل الحبن وانصباب الجنب الذي كشف سائلًا الى الابيضاض (حليبي المنظر) فيه كثير من الكريات الشحمية كما ايد ذلك المختبر .

وان جس البطن بعد بزله اظهر ضخامة متوسطة في الطحال . ولم يكشف الفحص تغيراً آخر في بقية الاعضاء .

عولج المريض بخلاصة الدرق واللحم والمدرات الكلسية والثيوبرومين مع الحمية اللبنية .

ونظراً الى اصابته بالحمى التي اظهر المخبر انها بردائية اعطي الكينين .

ان حالة المريض اخذت بالتحسن شيئاً فشيئاً وانتهى الامر بشفائه وخروجه من المستشفى في ٣٠ تشرين الثاني ١٩٣٧ .

المشاهدة الثانية : ن . ل فتاة في الثانية عشرة من عمرها من سكان ابي الخصيب ، دخلت المستشفى في ١٢ كانون الاول ١٩٣٧ لوذمة عامة وانصبابات في اجوافها ، شخصت سريرياً : انها مصابة بالعلة الكلوية نظيرة الشحم وايد المختبر ذلك .

عولجت كالسابق وتحسنت حالها غير انها عادت الينا في ١٠ شباط سنة ١٩٣٨ تشكو الاعراض نفسها ولكنها اخف ، وقد عولجت للمرة الثانية وخرجت شافية في ٢٨ شباط ١٩٣٨

المشاهدة الثالثة : ل . ك : طفل في السادسة ونصف من عمره من الرباط الكبير راجع المستشفى لوذمة عامة وحالة سيئة ، فكان التشخيص السريري العلة الكلوية نظيرة الشحم ، غير ان اكمال فحص المريض واسعافه كانا متعذرين لسوء حالته العامة التي لم تمهله اكثر من ليلة واحدة ، لم تتمكن في خلالها من اجراء شيء من الفحوص سوى بزل البطن الذي استخرج به سائل حليبي كشفت فيه الكريات الشحمية .

المشاهدة الرابعة : بدرية عطية : البالغة من العمر ست سنوات من مدينة البصرة دخلت المستشفى في ٢٨ اذار ١٩٣٨ لوذمة عامة مع حبن في البطن وسحنة شاحبة ووجه مستدير شخصت سريرياً (العلة الكلوية نظيرة الشحم) وايد المختبر ذلك ، آحين البول ، ٩ غرامات لم تكشف الكريات الشحمية في ثفله ، اسطوانات شفافة ، وخلايا كلوية بشرية ، غيبة بيوض البلهارزيا .

بولة الدم٣٥ ,٠سنتغراماً واسرمان سلبي ، كولسترين الدم ١٫٨٥ سم في لتر من المصل .

سائل الحبن ، شحمي المنظر ، فيه كريات شحمية مجهرياً

عولجت المريضة كالسابق بالدرق واللحم والمدرات والحمية فتحسنت حالها تحسناً تدريجياً وهي لا تزال قيد المعالجة في المستشفى .

وليست حرارة المريضة مرتفعة في الحال الحاضر ولم ترتفع طيلة وجودها في المستشفى كما ان طحالها ضخم ضخامة خفيفة .

المشاهدة الخامسة : ل . ن ـ طفلة في الخامسة من سنيها ، دخلت في ٤ نيسان سنة ١٩٣٨ لحبن في البطن ووذمة غير شديدة في الوجه والاطراف

ان منظر الطفلة السريري لم يكن يدعو الى الشك في العلة الكلوية لان سحنتها ووذمتها لا تشبه الحالات الاخرى التي مر ذكرها ، غير ان الفحص المخبري هو الذي وجه انظارنا الى المرض .

كشف فحص البول ١١ غراماً من الآحين في اللتر . واسطوانات حبيبية قليلة واسطوانات شفافة كثيرة في الرسوب .

ان اخذ الدم كان مستصعباً لعيار البولة والكولسترين ، لتوذم الاطراف وصغر الاوردة .

اما فحص السائل الحبني الحليبي اللون ، فقد كشف كريات شحمية .

عولجت المريضة معالجة العلة الكلوية نظيرة الشحم ، فاخذت كمية الآحين بالنقص في البول ، والوذمة بالخفة وهي الآن بعد ان مضى عليها في المستشفى ما يقرب من عشرة ايام بحالة حسنة وستخرج بعد مدة شافية ان شاءالله .

. . . .

ان هذه المشاهدات الخمس هي التي لاحظتها في قسم النساء فقط من مدة لا تزيد عن تسعة اشهر وان نسبتها كبيرة اذا قيست بعدد حوادث التهاب الكلية فهي تقدر بـ ٦ ./ . من مجموع هذه الامراض .

ولا بد ، في ختام حديثي ، من ان الفت الانظار الى ان المرضى الخمسة الذين ورد ذكرهم هم بين الخامسة والثانية عشرة من العمر وفي سوابق جميعهم برداء صريحة ، كما ان بعضهم قد اصيبوا وهم في المستشفى بنوب شفاها الكينين وكشف الفحص في دمائهم المصورات الدموية .

وان السؤال الذي يتردد الى الذهن هو ، هل تفعل المصورات الدموية

في الدرق فعلها في الـكلية مسببة ما سماه فولهارد، العلة الـكلوية نظيرة الشحم ؟

اني ارجح هذه الفكرة ولـكنني آسف ان البحث في تحقيقها مستصعب .

وليس لديّ ما استند اليه في الاثبات اكثر مما ذكرت في الشق الأول من هذا المقال .

ومجال البحث واسع والمستقبل كشاف .

❀❀❀

معالجة البرداء باشراك النحاس والكينين

للعليم ريشار بوتيه

استاذ فن الجراثيم في التعليم العالي والمدير العلمي للاتحاد

الكيمياوي البلجيكي (موريس)

ان البالودكس (Paludex) علاج مركب معد لمعالجة الانواع المختلفة من البرداء . يدخل في تركيبه الكينين العلاج الناجع في الحالات البردائية ، وقد نشطت خواص الكينين فيه بضم مركب نحاسي عضوي اليه يفعل في الوقت نفسه في البدن فينشط دفاعه ويجدد فيه العناصر الدموية التي خربها الطفيلي

ولسنا نرى فائدة في ذكر الخواص المضادة للبرداء المتصفة بها ملاح الكينين فهي اشهر من ان تذكر . بل الغاية من هذا البحث اظهار خواص المركب النحاسي الذي اشرك مع الكينين فوهب للبالودكس صفته الخاصة في معالجة الحميات البردائية .

فلنبدأ بتحديد هذا المركب العضوي النحاسي ولنبين خواصه بازاء مركبات النحاس الاخرى. ليس النحاس ، خلافاً لما شاع عنه ، مادة شديدة السمية فاذا احدث بعض من ملاحه اضطرابات خطرة متى اخذ بطريق الفم ، وجب عزو هذه التشوشات الى صفات عارضة اي الى فعلها الكاوي الناجم عن شدة حموضتها . هذا ما يقال في كبريتات النحاس . ومهما يكن فان ملاح

النحاس العادية لا يشار بتناولها بطريق الفم.

ويستطاع في الكيمياء الحصول على صف من الاجسام تستتر فيه الخواص السامة التي يتصف بها العنصر المؤلفة منه . وقد عرف هذا الأمر في بعض من مشتقات الزرنيخ امتازت بخفة سميتها فالى هذا الصف ينتسب الكوبرواوكسي كينولائين سولفونات سوديك - (Cupro - oxyquinoléine sulfonate sodique) الذي يدخل في تركيب البالودكس .

وقد اطلق على هذا المركب النحاسي اسم كوبروشين (Cuprochin) وفيه زهاء ٨,٥ ٪ من معدن النحاس . ويحمل الانسان منه غرامين في اليوم بدون اقل انزعاج وتقبله المعدة غير مضطربة منه . فالكوبروشين هو العلاج المختار متى رغب في معالجة اساسها النحاس .

وقد ثبت ان النحاس عنصر لا غنى للبدن عنه وانه يلعب فيه دوراً كبير الفائدة ، وان اجسام البشر والحيوانات لا تخلو منه البتة ومن الصفات الشهيرة التي يمتاز بها النحاس فعله في تجديد الدم . فهو يفعل بحسب سينجرس في تكوين خضاب الدم (الهاموغلوبين) ويعتقد شولز ايضاً ان النحاس يفعل في تكوين الكريات الحمر مباشرةً .

وقد وافق عدد من المؤلفين شولز في رأيه وتقرر نهائياً ان للنحاس فعلاً لا ينكر في تكوين الكريات الحمر. وكثير من فاقات الدم المستعصية على المعالجة بالحديد لا تشفيها مستحضراته الا متى دخل في تركيبها جزء من النحاس

وانه ليسهل علينا، والحالة هذه ، ان نتصور الدور الاساسي الذي يقوم به مركب نحاسي في معالجة البرداء كيف لا وتخريب كريات الدم في مقدمة

الخواص التي تتصف بها هذه الحمى .

اضف الى ذلك ان التجارب التي اجريت في معالجة العفونات المختلفة ولا سيما السل بمشتقات النحاس قد اثبتت ان هذا المعدن يتصف بفعل مضاد للانسمام وينشط وظائف الدفاع العامة في البدن . فالنحاس بحسب المقررات الحديثة منشط للجهاز الشبكي البطاني (réticulo endothélial)

وقد ثبت ايضاً ان النحاس يزيد تكوّن الاضداد وبينت الاختبارات كذلك ان بعضاً من الذيفانات تعدله ملاح هذا المعدن وهذا ما يعلل لنا فعله المضاد للانسمام .

ويستنتج من ابحاث فان نيتسن ان المركب النحاسي اذا لم يفعل فعلاً مباشراً في طفيلي البرداء ، مع ان التجارب على الطير والقرد قد اثبت فعله الناجع فيه ، فهو يفعل في تنشيط وظائف دفاع البدن . وتعلل لنا هذه الاعتبارات ايضاً الخيبة التي اعلنها هذا المؤلف في مرضى قد ضئلت عدتهم فعجزوا عن تنظيم دفاعهم بازاء طفيلي البرداء .

فالبالودكس ، كما ذكرنا ، علاج مركب من جزء من ملاح الكينين وجزئين من الجسم النحاسي الذي يعد منشطاً للكينين بالنظر الى الخواص الثلاث التي يتصف بها : تنشيط دفاع البدن وتعديل الذيفانات وتجديد الدم.

ومما لا ريب فيه ان البالودكس يزيل طفيليات البرداء بسرعة من الدم المحيطي .

ويسكن الاقياء الكثيرة الحدوث في نوب البرداء الحادة وقد ثبت فعله هذا .

ولا يقتصر فعله المنشط على خاصته المضادة للعفونة فقط بل يبدو تأثيره في الحالة العامة ايضاً فان المرضى المعالجين به يشعرون بعد بضعة ايام من استعماله بغبطة ويزداد وزنهم .

واستعمال الكينين بشكل بالودكس يدفع محاذير جرعات الكينين الكبيرة التي قد لا يحتملها بدن المريض ولهذا الامر قيمته في المثابرة على معالجة نوب البرداء . .

ويستعمل البالودكس في اشكال البرداء الحادة والمزمنة وتزول طفيليات الحمى الثلث عادة في ٣ — ٥ ايام . فهو مستعمل في حمى الثلث السليمة والربع والثلث الخبيثة .

غير انه اكثر استعمالاً في :

— البرداء المزمنة التي ترافقها حالة عامة سيئة .

— وفي فاقات الدم وضخامات الطحال الناجمة عن البرداء.

— وفي الوقاية كمتمم للكينين.فيستحسن . في النواحي الموبوءة ، اخذ البالودكس اسبوعاً كاملًا في كل فصل او كلما شعر الشخص بتعب او دعث .

وتعطاه الحاملات بلا اقل خوف لان نسبة الكينين فيه ضئيلة غير انه ممنوع متى كان الشخص لا يتحمل الكينين وفي الحمى الصفراوية مع بيلة خضاب الدم .

ويعطى البالودكس بشكل ملبس بطريق الفم. ويستحسن الامتناع عن شرب كميات كبيرة من السوائل بعده مباشرة ، واخذه بعيداً عن اوقات الطعام .

والمقادير اللازمة لمعالجة نوبة البرداء في الكهل هي ٥ ملبسات او ٦ ـ ٧ في كل يوم ،

ويعطى الاطفال الذين يزنون عشرة كيلوغرامات ملبستين في اليوم ومن يزن منهم ١٠ ـ ٢٠ كيلو غراماً ٣ ملبسات ومن وزنهم ٢٠ ـ ٤٠ كيلوغراماً ٤ ملبسات يومياً .

ويثابر على المعالجة خمسة ايام في معظم الاوقات فتهبط الحرارة في سياق اليومين الاولين وتزول طفيليات البرداء من الدم المحيطي بعد ٣ ـ ٥ ايام .

ويستحسن، بعد انقضاء ٨ ـ ١٤ يوماً، دعم المعالجة بالمقادير المذكورة آنفاً او المثابرة طويلاً على اخذ نصف تلك المقادير .

والنتيجة ان البالودكس سلاح جديد في مكافحة البرداء ، هذا الوباء الجارف ، ويستحق ان تلتفت الاوساط الطبية الى فعله الناجع والمقوي والى سهولة تحمله .

❀ ❀ ❀

معالجة خناق الصدر الجراحية

بطرق توعية العضلة القلبية

ترجمة الطالب السيد شفيق البابا

لا غرو ان من المع ما طلعت علينا به الجراحة الحديثة في الوقت الحاضر من الاعمال هو توعية عضلة القلب في خناق الصدر ، اذ تعد في الحقيقة من اخطر العمليات وابعدها جرأة وان ما حملنا على شرح الأسس الغريزية لهذه الطريقة الحديثة هو ولا شك النتائج الباهرة التي توصل اليها بيك (Bech) في الولايات المتحدة واوزوغنسي في انكلترة .

لقد سبق ظهور هذه الطريقة في السنوات الاخيرة بحث طريف تناولت فيه الجراحة ترميم العضلة القلبية ، فقد اثبت كلوز (Klose) في عام «١٩٢٢» امكان استخدام الترب كمطم في رتق خرق في التأمور . وفي سنة «١٩٣٢» نجح لريش (Leriche) و فونتان (Fontaine) في تطعيم عضلة مخططة خيطت عند ضياع مادي في البطين ، واخيراً قام بيك في سنة «١٩٣٥» فطبق طعماً كبيراً مذنباً من العضلة الصدرية على عضلة قلب مريض مصاب بخناق صدر وخيم ، وكانت النتيجة ان شفي المريض بعد البضع وتباعدت نوبه ثم تلاشت تماماً وعاد الى عمله بعد ستة اشهر بدون ان تظهر عليه بعدها اعراض الألم القديم .

والخلاصة فهما اختلف الاعتبار الغريزي في خياطة عضلة القلب في عقب ضياع مادي فان الطعم الوعائي يراد منه ستر هذا النقص واجتناب فقر دم موضعي في عقب انسداد طارىء في الاوعية الاكليلية .

ويستخلص من درس آلية الحلقة المرضية في النوب الخناقية ، والموت التالي لخناق الصدر ، معلومات هامة هي كثرة آفات الاوعية الاكليلية واضطراب توعية القلب في عقب تلك الآفات . وان الآفة التي تحدث فاقة الدم الموضعة تكون مصدراً لانعكاسات عصبية تالية تفضي الى ظهور النوبة وهذا العامل العصبي لا يقتصر في فعله على نقل التظاهرات السريرية الى المحيط بل يعمل ايضاً على استفحال شواشات الدوران في القلب حيث يبدو الاضطراب ، وهذا لا يمنع ان يكون منشأ هذه الحوادث نقص الدم الوارد في الاوعية الاكليلية .

ويعود الفضل في كشف عودة التفاغر الدوراني في عضلة القلب عقب انسداد جزئي في اوعيتها الاكليلية ،الى التجارب التي قام بها كل من لريش وفونتان ، وفيها درسا التفاغرات بين الشريانين الاكليلين قبل انتهائهما بشبكة شعرية،ولم يبق بعدها الا تعيين قيمة هذا التفاغر التشريحي من الوجهة الوظيفية . ولما كان التشريح وحده لا يمكن ان يعتمد عليه في هذا الصدد ، فقد فسح المجال امام التجارب الحيوانية، على حيوانات تحمل دوراناً اكليلياً قريب الشبه بما في الانسان،وهذا ما تحقق في الكلاب لان المنظر العياني للتفاغرات الاكليلية ونتائج الحقن بالمواد الملونة والتصوير الشعاعي في عقب الحقن بالمواد الطفيلية ، اثبتت كلها كما يقول موشه

(Mouchet) شدة تشابه هذا الدوران في الانسان والكلب .

وقد بين لريش وفونتان في تجاربهما على الحيوان النقاط التالية :

١ — اذا ربطت الشعبة النازلةمن الشريان الاكليلي الايسر ، وادخلت في الوعاء تحت الرباط قنيّةفرانسوا فرانك (François Franck) ، لوحظ دوماً انفي هذا الطرف المحيطي ضغطاً ايجابياً سببه الدوران الجانبي التالي للربط وتصل قيمة هذا الضغط تدريجياً الى ثلث او نصف الضغط الشرياني العام

٢ — اذا فحص مخطط القلب الكهربي مباشرة تلو المداخلة السابقة في كلب احتمل الربط وامكن استبقاؤه حياً بعده ، شوهدت فيه تبدلات مشوشة تشبه ما ذكره بارده (Parder)في احتشاء القلب الحاد عند الانسان ولكن هذه التبدلات لا تلبث ان تخمد حدتها مع مرور الزمن .

وقد لاحظ لريش وفونتان عودة المخطط الكهربي الى حاله الطبيعية في كلبين بعد سنتين من اجراء الربط بعد ان بدت فيه عقب المداخلة جميع العلائم الدرسية البادية عادة بعد ربط الشرايين الاكليلية ، فاستنتج ان عضلة القلب قد استعادت بعد ما حل بها من فقر دم موضعي ، توعية كافية انلم تكن طبيعية تماماً بفضل تفاغرات دورانية جديدة .

وتعلل لنا هذه النتائج الهامة سبب فقدان الاعراض السريرية في حالات سدّ بها الخثور وعاء اكليلياً ، ولم تشر سوابق المريض حتى الى ما يحمل على الشك فيها، ولم تكشف الا في عقب فتح الجثة . وهذه الحالات لا تتعارض مع النظرية الاكليلية في تعليل اسباب خناق الصدر ، ولكنها تؤيد ما علمناه من القيمة الوظيفية لطرق التفاغر . وكذلك فان المعاوضة التي تقع بين سقي

شريان اكليلي وآخر تساعد على شرح اسباب التحسن البادي في عقب هجمة حادة من ذات الشريان سدت قسماً من الدوران واحدثت نوبة الخناق، وينشأ ذلك عن عودة الوظيفة الدورانية رويداً رويداً واستمرارها امداً ينتهي بظهور هجمة جديدة من الداء الشرياني .

وقد اتضح تجريباً حين التدقيق في الشروط الحلقية للدوران الاكليلي بعض نقاط اخرى : فقد اثبت بيك وكليفلاند (Clevelande) حين درسهما درجة فقر الدم الموضعي التي يستطيع قلب حيوان حي تحملها ، شأن التوزع الدوراني المتجانس في جميع انحاء القلب ، اذ تسنى لهما في الحقيقة انقاص الوارد الدموي في احدى الشعب الاكليلية نقصاً محسوساً ، وذلك باحاطتها بطوق من الفضة بدون ان يطرأ اي اضطراب على الدوران . وتوصل بيك الى انقاص قطر الشعبة النازلة من الاكليلي الايسر الى خمسه بدون ان يرى اي عارض مرضي ، مع ان الدوران كان قد تناقص في الساحة الموافقة نقصاً بيناً . وعلى الضد فاذا أحدث فقر دم موضعي مطلق في احدى المناطق القلبية مهما كانت صغيرة وذلك بربط بضع شعيبات شريانية انتهائية ظهر الاهتزاز الليفي في الاذينة في جميع الحالات ، يستنتج منه ان وظيفة القلب تتطلب قبل كل شيء توزعاً دموياً متجانساً .

. . . . .

لقد انتهينا الآن من ذكر قيمة التفاغر الذي يقع بين الشرايين الاكليلية اذا انسد احدها ، وفيه يشترط بقاء احد الشريانين سليما ، وهذا مما لا نصادفه دوماً اذ لا يبعد ان تصيب الآفة الشريانين معاً ، او ان صفحة ذات الوتين

التي تجتاح الفوهة الاكليلية قد تكون سادة وتصيب الشعبة اليمنى كما تصيب اليسرى ، فماذا يحل اذ ذاك بتوعية القلب الوظيفية ؟ انها تظل ممكنة رغم كل ذلك كما تشهد مشاهدتان قدمهما ليري (Leary) وتيموتي (Timothy) و ورن (Wern) في مرضى اثبت فحص جثتهم انسداداً تاماً في الشريانين الاكليليين. ويترتب بناء على ذلك وجود طرق اخرى مستقلة عن الشرايين الاكليلية تحمل الدم الى عضلة القلب فما هي ؟

يقر نظرياً بوجود طريقين : احدهما الدوران البطيني المقصود والثاني التفاغر الشرياني خارج القلب .

١ — الدوران البطيني المقصود : تنشأ من عضلة القلب اوعية تنفذ مباشرة في جوف البطين بدون ان تبدو على السطح ، فاذا ما ذكر لانجر (Langer) ان في البطينات شبكة شعرية تصل بين الاجواف القلبية باوعية شريانية ووريدية فان تجارب برات (Pratt) تحققت وجودها على صورة لا تقبل الجدل ، حتى اذا ما حقن احد الشرايين الاكليلية بسائل مر الى الاجواف البطينية مجتازاً اوعية بتزيوس . وقد اثبت(برات)من جهة اخرى في عقب حقنه بالسلولوئيدين (Celluloidine) وجود تفاغر بين الشعب الدقيقة من الاوردة الاكليلية واوعية بتزيوس. ولكن رغماً عن هذه التعاليم التشريحية فمن الحق ان نتساءل عما اذا كان باستطاعة هذه الاوعية ان توفر قسماً من الدوران الدموي الوريدي والشرياني في الاجواف مما يساعد على دخول الدم البطيني الى جدر القلب مباشرة، فالجواب عن ذلك نعم اذ يشاهد تجريباً انه بعد ربط الشرايين الاكليلية اذا أدخلت في البطينات قنية اجري

منها الى القلب دوران اصطناعي بدم غني بمولد الحموضة ، امكن استبقاء حياة هذه الاجواف عدة ساعات ، ولكن هذه المعلومات بعيدة جداً عن الحقيقة !

وقد يمكن اذا ما حقن السائل بضغط كاف ان يسير في اوعية بتزيوس ويضمن للقلب توعية كافية زمناً معيناً ، ولكن ماذا يحل به في الشروط الطبيعية ابان تقلص القلب ؟ ففي اثناء الانقباض حينما يكون الضغط المستبطن للجدار يعادل على الاقل ٥٠ مليمتراً من عمود الزئبق وهو اكبر طبعاً من الضغط في اجواف القلب فليس هناك مجال للشرح ، اما في الاسترخاء اي في حال يكون بها الضغطان متعادلين تقريباً فلا بد من البرهان ان الضغط المستبطن للقلب يكفي لدفع الدم الى جدر البطينات . وعلى هذا كانت تنقصنا براهين وظيفية كافية لاثبات دور الدوران في اوعية بتزيوس في تحقيق التفاغر الدوراني لعضلة القلب .

٢ — التفاغرات الشريانية خارج القلب: ينسب الفضل في معرفة هذه التفاغرات الى اعمال هودسون (Hudson) وموريتز (Moritz) وورن ، فقد ادرك هؤلاء حين البحث في توعية مصاريع القلب بحقن الاوعية الاكليلية ، ان السائل لا ينتشر فقط الى الساحات التي ترويها هذه الشرايين ، بل ان الشرينات التأمورية التي تقطع عند انعطاف المصلية كان فيها شيء من هذا السائل،وشاهدوا عند اتمام الفحص الامر نفسه في شرينات الجدر المجاورة من الوتين والشريان الرئوي . وهذا مما حفز اولئك المؤلفين الى الامعان في تمحيص قيمة هذه التفاغرات خارج القلب

فكشف لهم حقن قلوب البشر وجود عدد كبير من التفاغرات الوعائية بين الشرايين الاكليلية والشرايين المجاورة للقلب ، فان الدوران الاكليلي يتفاغر مستطرقاً اوعية الاوعية الكائنة في الجدر القريبة من الاوعية الكبيرة في قاعدة القلب مع الشعب التأمورية الحاجزية ، والثدية الباطنة واوعية سرة الرئة، واخيراً مع الشعب التأمورية والقصبية والحجابية والوربية والمريئية من شعب الوتين: واستناداً الى ما تقدم حقن المؤلفون الوتين فوق تفرع الشرايين الاكليلية فشاهدوا ان السائل الملون يصل الى الاوعية الاكليلية بطرق التفاغر هذه .

وان هذه التفاغرات خارج القلب ، على النقيض من آلية المعاوضة في اوعية بتزيوس التي هي حقيقة غريزية اكثر من ان تكون فرضية، قد تكون ذات شأن حقيقي في اعادة الدوران الاكليلي. ولا شك ايضاً انه يجب ان يقع في القلب ما يرى في سائر الانحاء، فاذا ما انقطع طريق الدم الطبيعي نشطت بالحال تفاغرات قد لا تكون ظاهرة حتى ذاك الحين وتشتد قوتها الطبيعية الى ان تعيد الى الدوران الشروط الطبيعية التي كانت له في السابق ونفهم على هذا الاساس الحالات التي يستمر فيها القلب قائماً على عمله رغماً عن فقدان جميع المصادر الدموية الظاهرة . وكذا فن المحقق عدا ما تقدم حدوث تفاغرات خارج القلب للدوران الاكليلي مع الساحات التي تسقيها الشرايين المستبطنة للصدر، فاذا كانت هذه التفاغرات المتقدمة ثابتة تشريحياً ، فهناك تفاغرات يمكن احداثها اصطناعياً .

قدم تورل (Thorel) في السنة «١٩٠٣» مشاهدة لمريض كشف فتح

جثته انسداداً تاماً في الشريانين الاكليليين مع التصاقات تأمورية ، ففرض اذ ذاك قيام هذه الالتصاقات بدورها في اقرار دوران العضلة القلبية . ثم اهملت هذه المشاهدة زمناً طويلاً حتى قام (بيك) بشرح النتائج الهامة التي يمكن استخلاصها منها ، وقد توصل الى ذلك على الوجه التالي : لاحظ (بيك) اثناء قيامه بخزع التأمور في مصاب بالتصاق التأمور الضاغط ان قطع احد اللحم الثدية الممتد من قاعدة البطين الايسر الى التأمور الجداري، سبب نزفاً غزيراً كما لو كانت هناك اوعية جديدة النشؤ ساعدت على توعية عضلة القلب .

وهـذه التوعية في الالتصاقات التأمورية دعته الى التفكير بامكان استخدام هذه الطريقة في اعادة توعية عضلة قلبية اختل دورانها . وذلك بان يطبق على القلب ما دعاه الاميركيون الفراش الوعائي ، ولكن لم يمكن تقدير شأن هذا التفاغر الا بالتجارب على الحيوانات . وقد اوضح بيك وموريتز بعد درس عميق وتجارب طويلة اجرياها على مائة من الـكلاب النقاط الآتي ذكرها :

يمكن احداث الفراش الوعائي في الحيوان على الصورة التالية : بعد فتح التأمور وشق الوريقة الساترة للقلب (épicarde) يطبق طعم على القلب من عضلة مذنبة او طعم ثربي يؤتى به من فرجة في الحجاب ، ثم تربط الشرايين الاكليلية بسلسلة من العمليات المتتابعة ، ولهذا كان يحيط المؤلفان الشريان بعقد صغير من الفضة تضيق حلقته تدريجياً في كل عملية فكان يحتاج الامر بصورة عامة الى خمسة او ستة توسطات لسد الشريانين الاكليليين تماماً . ويحتمل الـكلب عادة في الشروط الطبيعية هذه التوسطات .

لوضع الطعم القلبي ، فاذا ما ضحي بعدها وحقن منه الوتين الصدري بعد وضع منقاش فوق منشأه مما يمنع المادة الملونة عن التسرب في الفوهات الاكليلية ، يرى ان السائل قد صبغ الاوعية الاكليلية تماماً . ويدعم ذلك برهان آخر في بيان دور الطعم وهو ان الكلب الذي احتمل ربط اوعيته الاكليلية بعد وضع الفراش الوعائي وكان القلب فيه على اتم شروط حركته ، يموت بعد أمد قصير اذا ما قطع ذنب هذا الطعم .

ويظهر ان شدة الدوران الجانبي الاصطناعي الذي اوجد في الحيوان تزداد ازدياداً تدريجياً مناسباً لحاجة العضلة القلبية ، ويعود دوراناً حقيقياً اذا حذف الدوران من الاوعية الاكليلية تماماً .

ولكن هذا العمل لم يقتصر على ما تقدم بل استخدم ايضاً في تلافي نقص الدوران الاكليلي في الحالات المستعجلة عقب انسداد وعائي مفاجىء وهذا ما ستثبته لنا التجارب المقبلة : جرب ذلك على فئة من الكلاب ، فربط الشريان الاكليلي الايمن بزمن واحد في عشرة منها سليمة فكانت نسبة الوفيات (٧٠ ./.) وصنع في الباقي الى جانب القلب فراش وعائي ثم بعد مضي بضعة اشهر ربط ذلك الشريان الاكليلي في الشروط السابقة نفسها فكانت نسبة الوفيات في المرة الثانية (٣٣ ./.) وهكذا فان الطعم الوعائي قد قام بدوره الباقي . ويذكر للطعم ايضاً دور آخر ، فقد مر بنا شأن التوزع الدموي المتجانس واهميته في توعية عضلة القلب . فالحيوان المجرب عليه قد يحتمل نقصاً عظيماً في مقدار الدم الوارد باحد الشرايين الاكليلية ولكنه يموت فوراً بعد ربط بضعة شرينات قلبية . فالقلب لا قدرة له على

احتمال فقر دم نجائي وتام حتى ولو كان ذلك في بقعة صغيرة ومحدودة منه يفهم منه ان دور الطعم الهام لا ينحصر في امداد القلب بتوعية مساعدة باقرار تفاغرات خارج القلب بل يقوم بوظيفة جسر يربط بين سقيين لشريانين اكليلين ويوزع الدم بين المناطق القلبية المختلفة ، وهذا مايقع خاصة في المناطق التي مست بها الحاجة الى ذلك .

وقد حاول بعضهم تحقيق هذه التعاليم التجربية في السريريات والمداواة فاذا امكنت في الحقيقة مساعدة عضلة قلبية انسدت فيها الشرايين الاكليلية عقب ذات الشريان بايجاد تفاغر واعادة دوران اصبح قاصراً ، كانت هذه الطريقة منطقية للتوسط في خناق الصدر . ولكن اذا كان الحيوان السليم قد احتمل الصدمة البضعية التي يستلزمها هذا الفراش الوعائي ، فهل تحمد المخاطرة في اجراء مثل هذا التوسط عند مريض يهدده خطر خناق الصدر؟ ان هذا الحذر الحكيم هو ما حمل بيك على اجتناب هذه المحاولة في الانسان والاحجام عنها امداً طويلاً ، ولم تحل هذه المعضلة الا عقب الحاح مريض اراد ان يجرب حظه بعد ان علم نتائج التجارب التي اجريت على الحيوان ، وكان هذا المريض مصاباً بخناق نموذجي يعود تاريخ ألمه الى عشر سنين خلت فاجريت له هذه العملية في شهر شباط من السنة « ١٩٣٥ » . فبعد التخدير بالغاز صنع شق منحن في ايسر القص وحررت العضلة الصدرية وابقي على ارتكازاتها الانسية ، ثم نشرت الغضاريف الورية الثالث والرابع والخامس من خلال العضلة مع الاحتراز من مس الشريان الثدبي الباطن ، وبعد شق التأمور شقاً قائماً تحتت بلطف السطوح الانسية من التأمور والوريقة

الساترة للقلب بسنبلة كليلة (fraise mousse) لتسهيل التصاق الطعم ، ثم شطر الطعم طولاً الى شطرين احاطا بالسطح البطيني جميعه في الايسر والايمن وخيطت الفرجة التأمورية حول العضلة واغلق الجرح . وقدكانت هذه المحاولة ناجحة فبعد مضي ثلاثة اشهر تلاشت النوب تماماً بعد تناقص عددها تدريجياً ، وشفي المريض بعد اربعة عشر شهراً وعاد الى عمله بدون ان يظهر اثر لألمه السابق .

وقام بيك بعدها بيضع احد عشر مريضاً نجح منهم ستة . فعدد الوفيات كان كبيراً على الرغم من ان احداها كان سببها التهاب المنصف المغنغر ويعلل ذلك بخطر آفات التصلب التي كشفها فتح الجثث وهي سبب الخثور في عقب البضع .

وقد استخلص من النتائج الناجحة ما يأتي :

اولاً ان الالتصاقات الحادثة بين القلب والعضلات المجاورة لا تعرقل مطلقاً حركة القلب بخلاف ما ظن في البدء ، ويشرح ذلك بان التهابات التأمور التي تفضي الى استرخاء القلب التدريجي هي ما يكون القلب فيها مضغوطاً في ملزمة ليفية حقيقية ، تثبته فيتشوش امتلاء الاجواف البطينية حين تمدد البطينات كلما ازدادت وطأة الالتصاق ، وهذا ما لم يصادفه بيك في مبضوعيه اذ كان الطعم المذنب الطليق يسمح للقلب بحركته الطبيعية . وان صدمة البضع المباشرة لم تكن سبباً لموت المريض على منضدة العمل ولا في حال من الاحوال . والتوسط على القلب يترك مجالاً لظهور بعض خوارج الانقباض وقد علم تجريباً ان هذه تسبق في الغالب طور الاهتزاز الليفي (fibrillation)

وقد بين بيك و موتز (Mautz) ان حقن الحيوان قبل بضعه بالكينيكردين يقيه شر الصدمة في كثير من الحالات، وكذا فان صب بضع قطرات من النوفوكائين على الصفحة الساترة للقلب (épicarde) يكفي لاتقاء المدد الكبير من حوادث خوارج الانقباض ، وهذه الاحتياطات كانت تتخذ عند الانسان . واذا ما نجحت العملية عاد الدوران المترقي اشد قوة مما شوهد في التجربة على الحيوانات ، فيشعر المريض في نفسه بتحسن تدريجي ولا يلمس النجاح الحقيقي الا بعد مضي عدة اشهر مما يشير الى استقرار التفاغر على وجهه الاكمل .

وقد نشر مجدداً اوزوغنسي في انكلترة بضع مشاهدات من الطعوم الوعائية لعضلة القلب ، لم يمت من ستة مبضوعين فيها الا واحد ، وكانت وفاته بعد المداخلة بثمانية ايام وسبب الموت نزف معوي شديد فاجأه تلو قرحةاثنا عشرية كبيرة كما اثبت ذلك فتح الجثة. وقد تلاشت عقب المداخلة في المرضى الآخرين النوب الالمية بصورة تدريجية حتى ان بعضهم تمكن من مزاولة اعماله بعد ان تمتع بصحته الطبيعية .

فاذا كان اوزوغنسي قد استمد مبدأ توسطاته من طريقة بيك فطريقة اجرائها كانت تختلف عنها قليلاً فانه كان يطعم القلب بالثرب وليس بخياطة عضلية لانه كان يرجح الثرب على العضلة للاسباب التالية :

اولها سهولة العمل : فبعد خزع القوصرة في الايسر وفتح التأمور يجر الثرب الكبير الى جوف الصدر من خلال فرجة ضيقة في الحجاب ثم يثبته بملامسة عضلة القلب، وهكذا يستغني عن نشر الضلوع وقلع الارتكازات

العضلية التي قد تكون مصدراً لكثير من الاورام الدموية. اضف الى ذلك ان هذه الاورام الليفية تسقيها التصاقات ثرية دائمة التقلص . ومهما كان الامر واياً كان الدور الذي يلعبه كل من العوامل المذكورة يظهر لنا ان نسبة الوفيات في توسطات اوزوغنسي اقل مما تقدم في توسطات (بيك) رغماً عن قلة عددها .

. . .

فما هو حكمنا في الوقت الحاضر على هذه الطريقة ؟

ان اول ما يؤخذ على هذه الطريقة نظرياً هو نضالها في التناذر الخناقي تجاه احد العوامل المسببة لفقر الدم الموضعي وعدم التفاتها كما يقول لريش الى الجانب الخلقي من الامر وهو ذات الشريان التي لا ينكر اثرها في احداث المرض .

واكبر ما يؤخذ عليها عملياً هو خطرها . ولا شك ان فحص الجثة يكشف لنا في جميع حالات الموت آفات اكليلية بينة مما يصرف النظر الى ان سير المرض لن يطول ولكن هل يحق لنا تعجيل النهاية المشئومة حتى في مثل هذه الحالات . فان بيك الذي ابتدع هذه الطريقة لم يذكر شيئاً عن مستقبلها فكان يقول: « لا اعلم شيئاً عن مدى تقدم هذه العملية فيجب علينا ان نسعى الى انقاص اخطارها » ولكن كيف يتسنى لنا ذلك ؟

هل يكون بالالتجاء الى بعض وسائل كيمياوية كمحلول دكان مثلاً في ايجاد التصاقات بين التأمور والوريقة الساترة للقلب وايجاد طريق للتفاغر ؟ ان تحمل النسيج المنصفية لجميع العوامل الكيمياوية والتفاعل الندبي الذي

ينجم عنها يبينان خطر الامر .

او بالاستعاضة عن الطعم العضلي الواسع المذنب الذي اذا ما طبق على سطح مدمى كان منشأ للخثور ، بشحم المنصف القريب من التأمور ، فهذا حل ممكن اخذ يعالجه بيك في الآونة الاخيرة .

وهل يمكننا ان نفضل تثبيت الثرب على الخياطـة العضلية ؟ ذلك ما اثبتته احصاءات اوزوغنسي، فاذا ما حلت هذه المسائل وانقص قسم كبير من عوامل الخطر المباشر ، اصبح من المستطاع الالتجاء الى هذه العملية في المصابين بخناق الصدر قبل ظهور الدور الوخيم من سيره : فهي تدفع عن هؤلاء المرضى بفعلها الواقي اكثر من الشافي غائلة الخثور وانسداد الشرايين الاكليلية المترقي .

مارسل بيرار

❀❀❀

مقتطفات حديثة

جمعها ولخصها الطالب السيد مصباح المالح

١ — اسنان الأجنة (La dentition des fœtus) يبدأ الاسنان اللبني عادة في اواخر الشهر الرابع بعد الولادة حيث تنبجس الثنيتان السفليتان غير ان هناك إسناناً مبكراً صنفه بيرت (Berte) تصنيفاً أضحى مقبولاً ومعترفاً به في ايطالية وخلاصة تصنيفه هذا انه :

١ً – يوجد إسنان باكر حيث تظهر أسنان الوليد بين الشهرين الثاني والرابع في عقب الولادة .

٢ – يوجد اسنان مبكر حيث تظهر الأسنان منذ ايام الولادة الاولى

٣ً – وهناك إسنان جنيني او قبل الولادة حيث تظهر الاسنان في الجنين قبل الولادة . ويذكر صاحب هذا التصنيف مزران والدون كارلوس ولويس الرابع عشر وميرابو ودانتون ونابوليون وبروكا وغيرهم ممن تفتحت اعينهم للنور وفكوكهم مجهزة ببعض الاسنان .

ويصنف بيرت الاسنان الجنينية في زمرتين مستنداً الى الفحوص المخبرية والتشريحية المرضية التي اجراها . فالاسنان الجنينية من الزمرة الاولى هي الاسنان التي يتم نموها وظهورها بحالة طبيعية مع شذوذ بسيط في زمن انطلاقها فقط . اما الاسنان من الزمرة الثانية فهي التي يترافق فيها الشذوذ

الآنف الذكر مع تغيرات مرضية في نسيج السن والانسجة المحيطة بها وفي العضوية .

ويؤكد المؤلف نظرية ماجيتو وفارجان فايول وكابدوبون التي تقول ان الإسنان قبل الولادة يلاحظ في الولدان الضعفاء والمرضين لاعياء عميق حيث تظهر فيهم السمات (stigmates) والاستحالات والافرنجي الوراثي والعته المترافق بالاختثال الصقلية(dystrophies squelettiques) والامراض الجنينية .

ويقدم المؤلف مثالاً على ذلك طفلاً مصاباً بالزهري الوراثي ولد وفي فكه ثلاث ارحاء واربع قواطع . وكانت القواطع غضروفية القوام بينما كانت الارحاء صلبة ومتكلسة والاسنان كلها متحركة . ووجد بالاستقصاء ان والد الطفل وعمته ولدا مع الشذوذ نفسه .

وتستنتج من دروسه ندرة حوادث الإسنان قبل الولادة التي لاتجاوز نسبتها ١/١٠٠٠ . ويكون هذا الاسنان غالباً في القواطع واقل منها في الارحاء ونادراً ما يكون في الانياب او الضواحك .

ويعود هذا الشذوذ في اغلب الاوقات الى تهيج مرضي في اجنة مستعدين بصورة وارثية وتقلع هذه الاسنان الجنينية عادة لانها تحول دون الرضاع . وقد ذكر كابانيس في كتابه (التحف الطبية) انهم كانوا يضطرون الى تبديل مراضع لويس الرابع عشر والدون كارلوس بين حين وآخر لانهما كانا يقضمان اثداء مراضعهما . واذكر حادثة من هذا القبيل تتلخص في ان طفلة ولدت وهي تحمل الثنيتين السفليتين فاصيبت بعد شهر بتقرح في

جانبي لجام اللسان سببه رضي فامتنعت لذلك عن الرضاع فحملتها الينا والدتها فقلعت ثنيتاها

ويدعم بيرت دراساته وتصنيفه بلوحات مجهرية ومقاطع ومحضرات تشريحية مرضية ومشاهدات عديدة ومراجع كثيرة ·

٢ً — الرمال اللعابية (lithiase salivaire)

قدم دان تايودوريسكا (Dan Théodoresca) خلاصة ابحاثه الى المؤتمر الجراحي الروماني السابع . وقد طبعت في كتاب اليك اهم ما جاء فيه .

متى ظهرت في المريض اعراض الحصاة اللعابية كالقولنج والتورم والتقيح يكون التشخيص سهلاً .

وفي الاشكال الخفية ايضاً قد يبين الرسم المتقن موقع الحصاة ويكشفها

ولم يعرف حتى اليوم امراض (pathogénie) الحصاة اللعابيــة بالضبط . ولكن المتفق عليه هو ان بعض العوامل كالاجسام الاجنبية والرضوض والتعفنات يعزى اليها امكان احداثها علقة دموية تخضع لنهج تحجري يتلو امتصاصها بعض الملاح من الوسط المحيط بها .

وتستخرج حصى القنوات عن طريق الفم والحصى الغدية عن طريق الجلد ما عدا حصى غدة ما تحت اللسان التي تستخرج ايضاً عن طريق الفم وطرح الحصاة فقط قد تتلوه آلام مستمرة او نكس ،

واستخراج الغدة المصابة قد يأتي بالشفاء الاكيد .هذا في غدة ما تحت الفك وغدة ما تحت اللسان اما في الغدة النكفيــة فاذا لم يكف طرح

الحصاة لحصول الشفاء فيمكن ان نلجأ لتشعيع (irradiation) الغدة .

وينبه ايضاً الى تفاغرات الشرايين المختلفة لاجتناب النزف وارقائه متى حدث . ثم يذكر مشاهدات تشتمل على خمس واربعين حصاة شاهدها وعالجها ولاحظ فيها انمعدل اصابة الذكور فيها ٧٥ ./· وان ٨٥،٥ ./· منها كانت في من هم بين الحادية والعشرين والاربعين من العمر وان ٦٠ ./· من حصى الغدة تحت الفك كانت في قناةوارتون وان حصاة الغدة تحت الفك هي بمعدل اربعة اضعاف حصاة الغدة النكفية .

وقد استخرج من مصاب حصاتين من قناتي وارتون واستخرج غدة ما تحت الفك احدى عشرة مرة في عقب انطراح الحصاة من نفسها بالبضع فقط او بعد اخراجها جراحياً .

٣ً — قطع الذروة التجريبي apicectomie xpérimentale : اصبحت عملية قطع الذروة اليوم العلاج الناجع الوحيد في الآفات الالتهابية لما حول هذه الذروة كالأورام الحبيبية وغيرها من الآفات التي لا تؤثر فيها المعالجة الدوائية . وتصلح حال السن المقطوعة ذروتها ويظهر لنا الرسم الكهربي امتلاء الفراغ الذي احدثته عملية القطع والتجريف بنسيج عظمي جديد خلال ستة اشهر تقريباً . وقد نشر الدكتور غارسيا (Garcia) مؤخراً ابحاثاً ذات قيمة فقد اجرى تجارب على كلاب احدث فيها آفات في الذروة ثم قطعها واخذ بعد شهور مقاطع للفحص فوجد انه :

١ً – حينما تقطع الذروة بحسب الاصول المعروفة بان تجرف مع ذروة السن جميع الانسجة المتعفنة المحيطة بها ثم تحشى القناة الجذرية بقمع من

الطبرخى (gutta percha) تمتلىء الثلمة الجراحيـة بنسيج عظمي حديث التكون ويستر ملاط جديد نهاية الجذر المقطوعة ذروتها ويحل نسيج ضام حديث النشؤ كامل الاوصاف غني بالالياف مشابه تمام المشابهة لنسيج ماحول الجذر محل هذا النسيج الاخير .

٢ً — ان وجود بقية من العاج في فتحة القناة يكون نواة لاحداث طبقة كاملة من العاج تسد الفتحة الجذرية وتساعد من ثم على تكون الملاط

٣ً — ويفضل عدم استعمال المعاجين في حشو القنوات بعد قطع الذروة لان النسج المحيطة تمتصها فيتأخر الندب

٤ً — ويحسن اجراء الخياطة في عقب العملية لانها تحول دون تجدد التعفن عن طريق الفم .

٤ً — استئصال لب تاج الاسنان — (Amputation coronaire de la pulpe dentaire : شاع استئصال لب تاج الاسنان فقط اثناء مداواتها في السنوات العشر الاخيرة في الجمهورية الفضية ويدعي اطباء الاسنان هناك ان هذه الطريقة كانت تأتي دائماً بالنتائج الباهرة لان اختلاط ما حول الذروة انما يعود الى استئصال المجموعة العصبية الوعائية برمتها . ونادراً ما تخفق هذه الطريقة من المداواة حيث تعود الخيبة في حال وقوعها اما الى عدم تشخيص غير صحيح لحالة اللب ، او الى سوء المداواة

والحسنة الاخرى الكبيرة لهذه الطريقة هي انها تقصر أمد المداواة فيتسنى لطبيب الاسنان ان يداوي عدداً اكبر من المرضى خلال يومه .

وقد بحث الفردو تارغليو (Alfredo Terraglio) في محاسن هـذه

الطريقة ومساوئها وقتلها درساً وتمحيصاً مستعيناً باختباراته الشخصية الطويلة وباللوحات والرسوم الكهربية . وخلاصة بحثه هي انه يستطاع تطبيق هذه الطريقة من المداواة في الاحوال الآتية :

١ً — حينما ينكشف اللب عرضاً في اثناء المداواة ويصبح بتماس اللعاب

٢ً — في التهاب اللب الخفيف الحدة وفي الالتهاب الحاد الذي لا يرافقه ألم حين القرع

٣ً — حينما يُظهر الرسم قنوات ضيقة او متعوجة او شذوذاً في عدد الجذور واشكالها وفي الضواحك والارحاء العلوية التي تلامس الجيب الفكي

٤ً — في الشيوخ الذين يكون عندهم فرط تكلس في حجرة اللب .

٥ً — الخورين (neurasténiques) والمصروعين والفزعة (pusillami-nes) وفي المرضى الذين يلزمون الفراش

٦ً — وفي الاسنان اللبنية لاجتناب تهييج انسجة ما حول الذروة حيث تكون القنوات واسعة

٧ً — في الاسنان السليمة التي يجب إماتة لبها لتستعمل كدعامة للجسور

٨ً — في النخرات اللثية للارحاء حيث يصعب الوصول الى القنوات

ولا يستحسن تطبيق هذه الطريقة في الاحوال الآتية :

١ً — في التهاب اللب الحاد الذي يرافقه ألم حين القرع

٢ً — في التهاب اللب المزمن وفي التهاب اللب الجذري (radiculite)

٣ً — في موات اللب وفي الاكياس والخراجات

٤ً — في الأسنان الوحدة الجذور

وطريقة العمل هي كما يلي :

١ً — يوضع ضماد الزرنيخ ويستر بالاسمنت الموقت

٢ً — يجرف العاج النخر وتهيأ الحفرة للملغمة مع احترام سقف حجرة اللب

٣ً — يزال سقف حجرة اللب بسنبلة شاقة ثم يزال لب التاج فقط بسنبلة مستديرة تدخل حتى فوهة القنوات الجذرية

٤ً - يضمد بالكرايوزوت في حجرة اللب ويستر بالاسمنت الموقت

٥ً - يوضع المعجون المحنط ويستر باسمنت او كسيفسفات الزنك

٦ً - تصنع الحشوة النهائية المعدنية .

التهاب اللثة السمي بالاكرولئين (**Gingivite toxique à l' acroléine**)

ان المواد الدسمة كالزيوت والشحوم التي تستعمل في التغذية والتي تسخن بدرجة عالية من الحرارة في اثناء تحضير الاطعمة تتولد منها ابخرة الاكرولئين او الالدهيد الاكرولي ، تلك الابخرة التي تؤذي الاغشية المخاطية وتزيد التهابها اذا كانت ملتهبة ولو قليلًا

وغشاء الفم المخاطي قد يتأثر كسائر الاغشية المخاطية الاخرى من هذه الابخرة المخرشة السامة . وقد ذكر مارسيه (Mercier) نوعاً جديداً من التهابات الفم واللثة يختلف عن سائر الالتهابات السمية المعروفة واكثر ما يصادف في المشتغلين بطهي الاطعمة وخاصة في الذين يهملون نظافة افواههم فتكون اللثة مقر هذه الالتهابات التي قد تختلط مع غيرها من الالتهابات الاخرى في الفم فيلتبس التشخيص ويطول امد المداواة .

٦ً — المتحولات الفمية **L' entamœba buccalis** : اظهرت التحريات

الجراة مؤخراً على ٣٣٧ شخصاً من مختلف الطبقات في اليابان من صحيحي الابدان ومن المرضى ان المتحولات الفمية توجد في التقيح السنخي السني (pyorrhée) بنسبة ٨١,٥ ٪ وبنسبة ٣١,٥ ٪ في التهابات الانسجة الرخوة وبنسبة ١٤٫٧ ٪ في الافواه السليمة .

ويتوافق نمو هذه المتحولات مع سير الآفة في التقيح السنخي السني . اما في التهابات الانسجة الرخوة فتكون في الآفات المزمنة كسرطان الفك والورم اللثي (épulis) وعدم التحام الحنك اكثر بكثير منها في الآفات الحادة .

وقد وفق هيروكا (Hiraoka) الى استخلاص مواد من هذه المتحولات قادرة على تخريب الكريات اذا تركت مدة كافية بتماسها حتى في نور الشمس. وتقاوم هذه المادة الحرارة حتى الدرجة ٨٠° ولا تتأثر حمتها من اشعة رونتجن وتؤثر فيها اشعة الشمس والاشعة فوق البنفسجي وتتأثر قليلاً من القلوية ولا تؤثر فيها الحوامض .

وتصادف هذه المتحولات في الكهول اكثر مما في الشبان وفي الرجال اكثر من النساء وفي الفك السفلي اكثر من العلوي وفي ناحية الارحاء اكثر من ناحية القواطع والانياب .

٧ — ذات العظم المزمنة في الفكين السنية المنشأ (Les ostéites chroniques des maxillaires d'origine dentaire) : قليلاً ما نوفق لمعرفة هذه الالتهابات على الرغم من كثرة انتشارها لانها في الحقيقة صعبة التشخيص وتختلط مع غيرها من الالتهابات . وهي تظهر باشكال مرضية مختلفة اهمها ذات العظم

المولدة المتصلبة وذات العظم المتشععة المخربة. وتتصف الاولى بتكثف محدود في السنخ يمكن ان يتصلب حتى يصير بصلابة العاج وتصادف غالباً في المسنين الدرد (édentés) وتنجم عنها آلام عصبية شديدة وصفت باسم عصاب الدرد (névralgie des édentés) . ويقوم العلاج الوحيد الفعال بالاستئصال الجراحي للقسم المصاب من العظم .

والنوع الثاني هو الاكثر مصادفة ويسمى ايضاً ذات العظم المحيطة بالسن المنسوبة الى ملشيور (Melchior) . وهي ذات عظم مشععة مخربة تنتج عنها كهوف غير منتظمة في نسيج الفك الاسفنجي تتشعع من النقطة الجذرية الملتهبة لسن التهب ما حولها فقلعت منذ زمن بعيد . وتقع عادة قريبة جداً من جدار الفك الخارجي وتكون مغطاة بصُفيحة عظمية رقيقة .

وتصيب هذه الآفة الاشخاص المتوسطي العمر وهي شكلان

١ً — الشكل المتقيح او الجيبي المتقيح الذي يرافقه ناسور ينتهي عادة بفتحة صغيرة في السنخ . وتكون الاعراض حينئذٍ قليلة الشدة في الغالب . وقد توجد خراجات ناكسة وآلام التهابية في بعض الاحيان ويساعدنا على التشخيص وجود اسناخ منفتحة وإفرازات قيحية دورية ووجود سن ناقصة او اكثر ، كما يفيدنا سبر الناسور والرسم الشعاعي .

٢ً ـ الشكل الجيبي بلا ناسور . ويتصف بوجود جوف مغلق ويشعر بحس موضعي شديد حين الضغط ويحدث احياناً عُصاب وآلام مبهمة لا يعرف موقعها بالضبط . ولا تجنى من الفحص الكهربي نتائج أكيدة ويصعب التشخيص وكثيراً ما تلتبس علينا الآفة فنظن بغيرها .

اللقاح .B . C . G يقضي عليه انصاره

ترجمة الطالب السيد شفيق البابا

لقد اصبح من العسير مواجهة قضية اللقاح (B . C . G) التي طالما اشتد الجدل عليها قبل مناقشة جميع الآراء المحبذة لها ، ولا يمكن اعتباري كعدو حقيقي لطريقة (كالمت) لاني قد تقبلتها بكل اخلاص واوصيت بها جميع اطباء ناحيتي وزبائني . واستخدمتها ثلاث مرات في اسرتي الخاصة ولكن ما حدا بي الى الشك في قيمتها هي التناقضات الفظيعة التي ظهرت على التوالي في اقوال اشياعها كما بينت ذلك في مجلة اخرى ، وفي الحقيقة فاني اقول كطبيب ممارس يريد ان يعلم ويعمل ان انصار هذا اللقاح هم الذين اسقطوا من قيمته في الاستلقاح عن طريق الفم .

١ — البراهين المتناقضة التي كشفت لي في الكتابات والاعمال معاً وهي ما اضطرني الى التوغل في معابر الشك الشاقة .

أ — في طريقة تناول اللقاح : كانت التعليمات التي نشرها معهد باستور تشمل امرين متناقضين ، فبعد ان اشارت باعطاء اللقاح في الايام العشرة الاولى عقب الولادة بزعمها ان امعاء الوليد تسمح للعصيات الحية بالمرور في هذه المدة فقط ، قام الاستاذ (كالمت) يوصي بتكرار الاستلقاح في اواخر السنوات الاولى والثانية والسابعة والخامسة عشرة وذلك لدعم المناعة البدئية ، مما يفرض معه ان مخاط الامعاء لا يزال يسمح بمرور العصيات في هذه

السن ايضاً . وهو يشير علينا من جهة اخرى بعزل الرضيع الملقح اسابيع اربعة لفسح المجال امام استقرار الوقاية المتوخاة. وقد استنتجت لجنة معهد باستور التي تألفت بعد مناقشات جمعية اطباء الاطفال ان المناعة البدئية التي يهبها اللقاح لا تتمكن في البدن الا بعد زمن من تناوله ، وقد يكون هذا الزمن طويلاً جداً في بعض الاحيان . ولكن لم يمكنها تحديد هذا الزمن ولا عدد الاشهر التي ينبغي عزل الطفل فيها وجعله في حرز من مماسة مريض مسلول .

٢ — في استيلا « l'imprégnation » اللقاح : لقد كنا في الحقيقة ، رغم انا لم نخرج عن كوننا من اكبر المحبذين لهذه الطريقة ، في شك مطبق ، اذ كانت الآراء تتضارب في حقيقة هذا الاستيلاء فضلاً عن لزومه . وكان يعتقد الاستاذ (كالمت) ان امتصاص العناصر الملقحة عن طريق انبوب الهضم لا يخرج عن كونه فرضية حاول ، لاعتراض كثير من المؤلفين ، ان يؤيدها تجريباً بزرع دم خمسة من الرضع تتراوح اعمارهم بين تسعة اشهر وسنتين ، ودم قردين من الشبنزي فاثبتت النتائج التي حملها الى المجمع الطبي ان اللقاح (B . C . G.) يجتاز مخاط الامعاء واجتيازه امر غير ثابت قد يقع ايضاً في اطفال في الثانية من عمرهم ، مما ينقص ادعاءات المؤلف الاولى . وفضلاً عن ذلك لا يكفي ان نبرهن ان العصيات اللقاحية تمر في الدم بل يقتضي اثبات انها تحقق استعمار البدن . وما نطالبه لذلك هو اختبار الارتكاس الجلدي الدرسي البسيط (فون بيركه) لكشف الاستيلاء السلي ومراقبة الاستلقاح .

ويقول الاستاذ (وايل هاله) نفسه : ان الطريقة الوحدة السريعة التي تساعد على التحقق من استمرار الاستيلاء اللقاحي تقوم بالبحث عن ارتكاس التجاوب (allergie) بمادة السلين ، فهو اذا لم تكن له علاقة صميمية بالتحصين ، شاهد يسهل الوصول اليه . فاذا ما امتحن هذا الشاهد في اطفال تناولوا حين ولادتهم اللقاح (.B. C. G) كان الجواب خادعاً .

ويدعي الاستاذ (كالمت) ان كثيراً من الاعمال التي نشرت في مختلف البلدان اثبتت ان الاشخاص الذين يلقحون باللقاح عن طريق الفم يزداد في الغالب احساسهم نحو السلين ، ولكن هذا الدليل المزعوم يناقض اكثر المؤلفين الذين وجدوا ان (٨٠ — ٩٠ ./.) من الارتكاسات الجلدية كان سلبياً في اشخاص ملقحين كانوا في حرز من جميع الانتانات . وقد دحض ذلك خاصة الاستاذ (وايل هاله) حينما كتب : « . . . . في الحقيقة ان تناول اللقاح عن طريق الفم حتى في الحالات التي يتيقن فيها من مرور العصيات اللقاحية الى الدوران لا يؤدي في اغلب الاحوال الى التجاوب » .

اما لزوم هذا الاستيلاء فلم يكن يعتبره الاستاذ (كالمت) كشرط ضروري لا غنى عنه لتأثير اللقاح ، لانه ذكر للمجمع الطبي هذه النتيجة: ليس من الضروري انتظار ظهور التجاوب بالسلين لاعتبار المناعة البدئية كافية لاتقاء الانتانات السلية الشديدة في الاطفال الذين تناولوا اللقاح . غير انه لم يمكنه ان يتجاهل ايضاً قيمة الارتكاس السلي في الملقحين وهو الشاهد العادي الذي لا يدحض على الاستيلاء العصوي ، دون ان يناقض نفسه بنفسه او يتصادم برأيه مع اشد انصار هذا اللقاح كما هو مدون في فقرة استعماله

وان الاستاذ (مارفان) هو الذي قال في جمعية اطباء الاطفال المنعقـدة في تشرين الثاني من عام « ١٩٣١ » : اني افتكر ان من كبير الفائدة ان يخضع الاطفال الذين تناولوا اللقاح .B . C . G الى اختبار الارتكاس الجلدي فاذا بقي هذا سلبياً كما يقع في الغالب،شك في ان الشخص قد امتص اللقاح وانه اصبح منيعاً .

وغاية هذا الاختبار كما تقول نشرة معهد باستور هي معرفة ما اذا اصبح الشخص مجاوباً ، فالجواب المثبت يشير الى ان الاستلقاح كان مجدياً ، ويفهم من السلبي ان من الخير اعادة التلقيح لان تناول اللقاح الاول لم يكن كافياً لخلق مناعة دائمة. وقد صرح اخيراً الاستاذ (وايل هاله) في بحث جديد له : انه يجب في كل مرة يشار بها بالاستلقاح ان يعتمد على التجاوب في كشف سير الاستيلاء الضروري للمناعة الواقية .

فيحق لنا اذن ان نعتبر الارتكاس الجلدي كبرهان على الاستيلاء اللقاحي وان نشك في هذا الاستيلاء في القسم الاعظم من الاطفال الذين تناولوا اللقاح عن طريق الفم اي ان نشك في وقايتهم ضد السل لانه من الواضح ان اللقاح لا يفعل فعله اذا لم يبدأ باستعمار العضوية .

٣ — في فائدة اللقاح : يجب ان يجتنب في البدء خلق التباس في التعابير فمن الوجهة الحيوية ينبغي ان يفرق بين التجاوب والمناعة اذ يمكن الجزم اذا ما كان الارتكاس الجلدي ايجابياً باستعمار عصية كوخ للبدن، وانه قد ناضل تجاهها ولكن لا يمكن ان يستنتج من ذلك انه سيكون في حرز من انقلاب مرضي . فالتجاوب ليس الا شاهـداً على دفاع وليس طابع نصر

نهائي ، على عكس ما هي عليه المناعة اذ هي دليل وقاية متينة ضد المرض .

ولكن اذا اعترض عليّ بان هذه الوقاية ليست بالوقاية الدائمة وانه يجب في السل خاصة ان يبحث عن المناعة البدئية فعذري في ذلك أني وجدت الاختلاف مبهماً ، ويكفي ان نلاحظ ان الاستاذ كالمت وزملاءه يستعملون التعبيرين بلا فرق . وقد جاء في الصفحة الرابعة من رسالة معهد باستور على اللقاح : ان هذه (اي الجراثيم اللقاحية) تخلق حالة مناعة بدئية يتعلق امر استمرارها بمقاومة البدن تجاه الانتانات الشديدة . وذكر في الصفحة السادسة ، ان المناعة التي يهبها اللقاح المعطى عن طريق الفم حين الولادة تستمر سنين عديدة . وفي الصفحة الثانية عشرة . ان الذين لا يبدون ارتكاساً قد اكتسبوا المناعة ايضاً .

اذن يعتقد الاستاذ (كالمت) ان فعل اللقاح المحصن محقق ويقول ، كما صرح كثيراً وخاصة في مجلة المنارة الطبية «شهر تشرين الثاني من عام ١٩٣٢» : ان الطريقة مفيدة ولا خطر منها . ومع ذلك فان النتائج التي استحصل عليها كثير من الباحثين تجربة لم تثبت هذه الفائدة ، فقد نشروا ان هذا اللقاح يزيد فقط في مقاومة حيوانات المختبر للسل ، وان هذه الزيادة في المقاومة امر متحول وعارض لا يعتمد عليه ، ولا يجزي تأثيره الا تجاه الانتانات الاضافية المخففة ، ولا فائدة له في الانتانات الكتلية وهذا مما ينقص بوجه خاص من شأنه في المناعة البدئية . وسريرياً لم يمكن كما بينت في مواضع اخرى ايجاد برهان يدل على فائدة اللقاح فيما اجري من الاحصاءات القليلة على وفيات الاطفال التي كثيراً ما كانت متضاربة ومشكوكاً في صحتها .

واذا ما تراءاى لبعضهم الشك في اقوالي رغماً عن انفرادي بالمناقشة ، فاني اتقدم بشهادة لا تدحض لاثنين من انصار الاستلقاح على طريقة (كالمت غيرن) وهي خلاصة ما كتبه الاستاذ (دبره) والطبيب (لولونغ) في صدد المناعة البدئية ضد السل « . . . . ولم يبق الا اثبات حقيقة هذه المناعة الحاصلة وشدتها وطول امدها . . . . »

وفضلًا عن ذلك فان هناك عدة اصابات سلية سحائية او غير سحائية شوهدت في اطفال احسن لقاحهم وقامت البينة على طبيعة الآفات السلية عندهم ، فلم ينقص ذلك عدد او اهمية الحالات التي لا تتلاءم مع هذه الطريقة

٤ — في عدم اذية اللقاح : يمكن ذكر الملاحظات نفسها

فقد رفض اشياع هذا اللقاح منح ثقتهم للعوارض المذكورة منذ اعلن (كالمت) وزملاؤه كحقيقة علمية : ان اللقاح (B . C . G.) لا ضرر منه على جميع الاطفال والحيوانات التي تتأثر من السل . واخيراً فقد قال الاستاذ (دبره) في جمعية المستشفيات الطبية في باريز ما نصه : . . . . في هذه الحال فان ذات السحايا التي لم نعلم اسبابها والتي توافقت في ظهورها مع إلقاح واعادة استلقاح باللقاح (B . C . G.) لا يمكن ان تعزى بحسب رأينا الى عودة الحمة للقاح ، ونحن لا نناقش في هذه الفرضية لانه لا يمكن الاعتماد عليها كما يظهر لنا ولان مختلف المسائل العلمية التي تدور حول هذا اللقاح يبدو انها تسبب في الحاضر تيقظ شعور شديد يمنع درسها درساً لا تحزب فيه» .

وعندي ان الفرضية تستحق المناقشة بوجه خاص وقد يكون الاستاذ (دبره) اضاع فرصة كبيرة بذلك اذ كان عليه ان يعطي مثلاً سامياً في الاتزان

والاستقلال العلمي لكل من يشيد باعمال من يناصرهم .

ويظهر لي كما قلت في حينه ان من الحق ان يعزى موت الطفل (هـ) الى اللقاح (B . C . G.) وهذا خير من ان لا نعبأ بضرر ولوج عصية لقاحية حية الى البدن ، اذ تثبت جميع التحريات السريرية والتشريحية والجرثومية في هذه المشاهدة التي اشتد في تتبعها وتقصيها ان الحادث شاذ بنوعه وان الاستاذ (غيرن) لم يتأخر عن الاستعانة بالرأي القضائي القديم القائل : ان تفرد الشاهد لا قيمه له ولكن ندرة الحادث المشاهد جيداً في السريريات لا تنقص من قيمته .

ولن يخطر في بال وجوب نفي ذات السحايا بالعصيات العجيبة بحجة انها لم تصادف . ولكن هل سيستخدم اللقاح اكثر من ذلك بعد ان علمنا انه يمكنه كغيره في بعض الظروف النادرة والاحوال التي يصعب تحديدها ان يكون سبباً لحوادث تختلف وخامتها . ان هذه العوارض وحالات خيبة هذا اللقاح لم تكن سبباً في القضاء على الاستلقاح بطريقة (كالمت) او عرف هذا كيف يثبت فائدته .

٢ – القضاء على اللقاح اصبح امراً واضحاً مبرماً كما تبين لي منذ صرح به خير مناصريه . فقد اعلن في الخارج من ركن الى شهادته وهو الاستاذ و(الغران) في بحث نشره في مجلة الحياة الطبية : « ان الاستلقاح باللقاح (B . C . G.) عن طريق الفم طريقة لم يكتب لها النجاح في اسوج » وقد اقرّ في فرنسة الاستاذ وايل هاله نفسه في جمعية اطباء الاطفال (٩ نيسان سنة ١٩٣٥) ان الاستلقاح عن طريق الفم طريقة غير علمية لا تؤدي

الا الى الخيبة في الغالب. ولكن المؤسف كما يقول صديقي (كوفن Coffin) ان رأياً واضحاً كهذا لم يظهر قبل هذا الحين. لانه اذا كان الاستاذ (وايل هاله) يعلم منذ سنة «١٩٢٧» شذوذ تفاعل التجاوب الجلدي عند من لقح عن طريق الفم واشار برجحان الطريق تحت الجلد فكيف تسنى له ان يسمح لمعهد باستور منذ ذلك الحين بنشر طريقة الاستلقاح عن طريق الفم ؟ واني اسأله اليوم بكل تواضع : كيف ستكذبون هذه الاذاعات التي سارت على كل لسان وانتشرت بالمحاضرات والاعلانات والنشرات الوزارية والصحف العامة وعلى طابع مقاومة السل وغيرها دون ان تعبثوا بما تركته هذه الطريقة فينا من السحر ؟ وهل تعرفون كتاب المنزل الذي يدرس في المدارس الابتدائية وفيه تلقى على الام المقبلة هذه النصيحة المكتوبة باحرف كبيرة بارزة «لقحي طفلك باللقاح .B . C . G» ولو قلبتم الصفحة لرأيتم ان هذه النصيحة اقل اهمية وشأناً فيما يتعلق بالحمى التيفية والدفتريا ، فماذا صنعتم او ماذا ستعملون لوقف دعاوة كهذه لطريقة استلقاح اعلنتم افلاسها ؟

وقد تقدمت المسألة بعد ذلك الحين خطوة جديدة في هـذا المضمار ، فان مجلة المطبوعات الطبيـة قبلت نشر بحث كتبه (باراف وبواسونه M. M. Paraf et Boissonet) وفيه ما يلي : انا نفتكر وبعض المؤلفين من اطباء الاطفال الفرنسيين (ويل هاله ، ارمان دليل وغيرهم) واكثر المؤلفين الاجانب بوجوب اهمال طريقة الاستلقاح بطريق الفم والالتجاء الى طريق تحت الجلد .

٣ — استبدال الطريق الهضمي بطريق غيره — هو امر سابق

لا ُوانه وذلك .

أ – لاننا بحاجة الى الراحة بعد ان صرفنا اكثر من عشر سنوات في الاشتغال باللقاح الفمي B . C . G . الذي كان يؤكد اشياعه حسن فائدته

ب – لاننا لا نعلم تقلقل فعل اللقاح واثره في المناعة البدنية ، وان من ينصح لنا بطريق غير طريق الهضم هم اول من يقولون لنا : « .... حتى بعد الحقن تحت الجلد فان اللقاح لا يهب الا مناعة نسبية ضئيلة لا يمكن ان تقارن مع المناعة الشديدة التي تتركها الجراثيم الاخرى (العصيات نظيرة التيفية ب وضمات الهيضة وغيرها) ، او ذيفاناتها (ذيفان الكزاز وذيفان الدفتريا) ونعتقد تجريباً انه لا يمكن تحصين قبعة باللقاح (B . C . G.) تجاه انتان شديد الحمة ، وان وقاية اللقاح سريرياً ضد عدوى كتلية ومكررة امر غير ثابت كما يحقق ذلك في العدوى من الام او الاب (باراف وسيمونه).

ج – واننا لا نعلم شيئاً حقيقياً عن الاستلقاح ضد السل سيما وتصريحات الاستاذ (دبره) والطبيب (لولونغ) لا تزال حديثة « ... يبقى علينا ان نبرهن على حقيقة المناعة الحاصلة وشدتها ومدتها وتحديد اجل اعادة الاستلقاح بحسب هذه المدة والطريقة المفيدة في ادخال العصية الملقحة . وعلينا اخيراً ان نعين المقادير المعدة للالقاح واعادة الاستلقاح . وهذه كلها مسائل دقيقة قد درست جيداً منذ التجربة الاولى التي قام بها (وايل هاله) ولكن بقيت نقاطها المختلفة رغم ذلك معلقة لم يجزم بها، فلا يمكن حذف صعوبات التحقيق هذه الا بعد ابحاث طويلة . » .

د – لانه لا يزال هنالك تناقضات شديدة في الآراء وما اشير به علينا

من النصائح : فبينما الاستاذ (وايل هاله) يعتبر ان الوقت الملائم للالقاح وتنبيه تولد ارتكاس التجاوب هو نهاية الاسبوع الاول من الحياة ، نرى ان (باراف وسيمونه) لا يتورعان عن مجابهتنا بقولهم : نحن نعتقد على خلاف ما هو شائع في الوقت الحاضر بعدم فائدة الالقاح في الوليد والرضيع الفتي اذ ينبغي ان يجرى الالقاح تحت الجلد في نهاية السنة السادسة . » .

هـ - واخيراً لاننا لسنا على بينة تامة من طبائع عصية كوخ وهذا ما يقال على الاقل في مشاهدة الاستاذ (رومر Rhomer) التي مات بها الرضيع من ذات السحايا بعصية بقرية ، اذ ان الاستاذ (غيرن) يقول لنا في بحث طويل :«. . . . ان تعيين هوية عصية سلية مخرجة من جسم ما امر دقيق جداً ، واذا عرف انها بشرية او بقرية فلا يكون ذلك يقيناً ، لانه قد يصادف احياناً ان عصيات معتبرة في صف العصيات البقرية في الارنب يمكن ان تظهر كعصيات بشرية في الحيوانات المجتر ، وبالعكس فان العصيات البشرية الحقيقية قد تسبب في الحيوان المجتر آفات تشبه من جميع نواحيها ما تحدثه العصيات البقرية » فتجاه مثل هذه الشكوك والتناقضات يظهر لي ان من الحق ان اقول :

الخلاصة : يجب ترك اللقاح (B. C. G) الفمي لان محبذي هذه الطريقة انفسهم قد علموا بضرورة ذلك في الوقت الحاضر . وينبغي ان لا نشير بطريق غير طريق الفم قبل ان نعتمد على دراسة تجريبية في الاستلقاح ضد السل ، وان نحصل على يقين علمي لقيمة المناعة البدئية التي يتركها اللقاح في مرض لا يهب عفواً الا مناعة موقتة وغير ثابتة .

م . فرو

الجزء ٢ المجلد ١٣

مجلة المعهد الطبي العربي

دمشق في حزيران سنة ١٩٣٨ م. الموافق لربيع الثاني سنة ١٣٥٧ هـ.

الجمعية الطبية الجراحية

جلسة الثلثا ١٧ ايار سنة ٩٣٨

تليت فيها التقارير التالية :

١ً — العليم شارل : مشاهدة الكيس نظير الجلد المستأصل من الجيب الضلعي الحجابي الذي عرض في الجلسة السابقة :

بين الباحث ندرة استقرار ورم كهذا في جوف الصدر ولفت الانظار الى خفة العلامات الرثوية بالاصغاء وضئالة الاضطرابات الوظيفية واستحالة التشخيص بدون الاشعة المجهولة . وان تشخيص هذا الكيس جاء صدفة في سياق معاينة المريض الشعاعية .

٢ً — العلماء شابو وتيابو وبيرقدار : عصاب زندي ذو منشإ استثنائي . مشاهدة استقر فيها التقرس في العصب الزندي. وقد تقدم المصاب الزندي

نوبةَ تقرس درسية في ابهام القدم. وشفي المصاب والابهام بالمعالجة المألوفة .

المناقشة : العليمان ترابو وعرقتنجي

٣ً — العليم شوكت القنواتي : حادثة رض بطن مع تمزق تام في المعى الدقيق ونزف باطن بدون تقفع الجدار .

مريض جيء به الى المستشفى العام في حالة الصدمة بعد ان صدم بطنه بعجر عربة صدمة عنيفة فكوفحت صدمته بمقويات القلب غير ان نبضه عاد الى الاسراع ولم يكن جدار بطنه متقفعاً ففتح بطنه لمعالجة نزفه الباطن واذا بعروة معوية دقيقة منقطعة قطعاً تاماً وبمواد الامعاء وبخمس حيات بطن في جوف الصفاق فخيط المعى واغلق البطن بلا تفجير وشفي الجريح فغيبة التقفع في آفات الاحشاء الجوف نادرة جداً وهذا ما حدا الباحث الى تقديم مشاهدته .

المناقشة : العلماء شابو ، مرشد خاطر ، قنواتي

٤ً — العليمان ترابو وجميل ربيع : عدّ الكريات البيض والصيغة الكروية في الزحار الكبدي :

ليس ازدياد الكريات البيض ولا نسبة الكثيرات النوى العالية فيها دليلًا قاطعاً على داء المتحولات المتقيح فان المشاهدة التي قدمها الباحثان بلغ فيها عدد الكريات البيض ١٩٥٠٠ في الملتر المكعب ونسبة الكثيرات النوى ٧٣ ./. ولم يلجأ فيها الى التوسط الجراحي مع ان الكبد كانت مؤلمة والحرارة عالية والزحار مثبتاً بالفحص المخبري والحالة العامة سيئة . غير ان الكبد التي لم تتجاوز حافة الاضلاع وغيبة علامات التقيح الكبدي الاخرى

وفعل الامتين الناجع كل هذا دعا الى ترك التوسط الجراحي جانباً وقد اثبت تحسن المرض ان الباحثين كانا على صواب في الخطة التي سلكاها

المناقشة : العلمان تراسو . عرقتنجي

مرشد خاطر

* * *

١ ـ التهاب عصب زندي منشاه النقرس

لجراح المستشفيات العسكرية الكابتين شابو

والطبيب الكابتين تيابو ، والطبيب المساعد خليل بيرقدار

اني استميحكم عذراً اذا قدمت لحضرتكم مع انني جراح مشاهدة ذات علاقة بالامراض الباطنة اكثر منها بالامراض الجراحية فان بينكم من هم احقُّ مني في معالجة هذا الموضوع ولكن ندرة هذه المشاهدة وفائدتها العملية شجعتاني على رفعها اليكم

اما المشاهدة فتلخص بما يلي: دخل المستشفى العسكري بتاريخ ١١ اذار سنة ١٩٣٨ مريض يبلغ الثلاثين من العمر مع التشخيص التالي «اوجاع منتشرة على امتداد العصب الزندي الايسر ترافقها كدمة دموية واقعة على وجه الكتف اليسرى الامامي غير رضية المنشا» .

وقد ذكر المريض انه شعر منذ بضعة ايام بنمل ومعص (crampes) مؤلم في الوجه الانسي للساعد الأيسر وخنصر اليد اليسرى وبنصرها مع كدمة دموية في القسم العلوي الايسر للصدر ظهرت بدون رض سابق ويبلغ اتساع هذه الكدمة مساحة الكف وهي مستقرة بحذاء العضلة الصدرية الكبيرة وليس تحتها ورم دموي ،

ولم تظهر المعاينة الحركية للعصب الزندي شيئاً غير طبيعي فيه . فجميع الحركات التابعة لهذا العصب كانت تتمُّ طبيعيةً الا تقريب الخنصر فهو

اضعف مما في الطرف المقابل .

واما جس العصب فمؤلم مع ضعف حس (bypoesthésie) خفيف بالوخز واللمس على امتداد حافة اليد الزندية ، والمنعكسات العظمية الوترية طبيعية ولا اضطرابات اغتذائية مطلقاً . ولم نتمكن من اجراء الفحص الكهربي وليس في الاوردة او الشرايين التهاب .

الاشارة التموجية (indice oscillométrique) طبيعية لا ورم في الناحية الرقبية كما يستدل من الفحص باشعة رونتجن سائر الاجهزة سليمة .

اما نتائج الفحوص المخبرية فهي كما يلي :

فحص الدم :

مدة التخثر ١٣' زمن الادماء ٤

متانة الكريات الحمر طبيعية : يبدأ انحلال الدم في محلول من كلورور الصوديوم كثافته ٤ ويكتمل في محلول كثافته ٣،٥

الصيغة الكروية :

٦٥ ٪	من كثيرات النوى
٣٣ ٪	من اللنفاويات
٢ ٪	من وحيدات النوى

ولم يعثر على كريات باشكال غير طبيعية

اما الحامض البولي فلم نعاير كميته في الدم .

تحليل البول :

الحجم	١٢٦٠ سم٣
الكثافة	١٠١١

التفاعل	قلوي
آحين	لا يوجد
سكر	»
اصباغ وملاح صفراوية	آثار زهيدة
البولة	١٩ غراماً في الليتر
آندول	اثر زهيد
سكاتول	لا يوجد

حرارة المريض طبيعية وهو غير مصاب بالسكري ولا بالسل الرئوي وليس فيه اي اثر لمرض انتاني او خناق

وهو غير مصاب بالانسمام بملاح الرصاص او الزئبق او حمض الفحم وغير مفرط في تعاطي الخمور وقد تحرينا علامات الانسمام الكحولي فلم نعثر على شيء منها فيه ولكنه يعترف بانه نهم يفرط في تناول الاطعمة الدسمة .

وغب وضع المريض على الحمية اللبنية والخضر واعطائه كمية قليلة من كبريتات الصوده يومياً اخذت الاوجاع تخف وبينما كان المريض متأهباً لمغادرة المستشفى اصابته نوبة نقرس درسية فكشفت لنا سبب مرضه .

في ليلة ١٥ — ١٦ آذار شكا المريض آلاماً شديدة في ابهام رجله اليسرى ولم ينبلج الصبح حتى شاهدنا ابهامه متورماً ولونه يقرب من لون قشرة البصل .

وفي ١٨ من الشهر نفسه اصيب ابهام قدمه اليمنى بالاعراض نفسها فعولج المريض بمركبات الكولشيك والساليسلات وترك المستشفى بعد ان شفي تماماً وكانت قد مرت على مداواته الاخيرة عشرة ايام

فاذا استثنينا نوبة النقرس المألوفة التي يحتد فيها الألم بعد منتصف الليل في حذاء المفصل المشطي السلامي لابهام القدم فيستيقظ المريض لشدتها مذعوراً رأينا ان العليم ليكورشه (Lecorché) يميز خمسة انواع من النقرس

١ً – نوبة نقرس خفيفة او مجهضة (avorté) تشابه في الغالب الوثاء (entorse) او الشرث (engelure)

٢ً – نقرس يستقر اولاً في غير مفصل ابهام القدم .

٣ً – نقرس لا يستقر في ابهام القدم .

٤ً – نقرس متنقل الى معظم المفاصل كلما تعددت النوب .

٥ً – نقرس يعم سائر انحاء الجسم ويلتبس في الغالب بالرثية .

وقد يستقر النقرس ايضاً في اوتار العضلات ، واكياس المفاصل الآحية والعضلات حتى في البشرة ايضاً وقد يمتد النقرس الى اجهزة الدوران والبول والتنفس والهضم واعضاء الحس والى الجملة العصبية ايضاً

فاذا ضربنا صفحاً عن النقرسين النخاعي الشوكي والدماغي ذكرنا فقط آلام رأس شديدة وشقيقة ودواراً وطنين الاذنين وحصراً امام الناحية القلبية وميلًا الى النعاس وحس حرارة وتغير الطباع ورغبة عن العمل .

وذكر بعض من المؤلفين ان النقرس قد يحدث نملًا وآلاماً عصبية حتى التهاب النسا (sciatique) ولكننا لم نعثر في جميع المؤلفات الطبية المدرسية التي رجعنا اليها على حادثة التهاب العصب الزندي في المصابين بالنقرس .

غير اني قد عثرت في مجموعتي على مشاهدة نادرة تشابه مشاهدتي في البراس ماديكال بتاريخ ٢٤ آب سنة ١٩٢٩ شاهدها مارسل

فوربوليو وهـذه خلاصتها :

استفاق المريض من نومه لألم شديد في ساعده الايسر ولا سيما في جذر اليد يمتد الى جذمور الكتف وخنصر اليد اليسرى وبنصرها وقد اخذ الالم يخف بعد ان عولج بالاسبيرين والتمسيد ولـكنه انتقل الى اليد وتحول الى خبل (engourdissement) وعلى مزعج وقد استشار المريض لضعف في بعض حركات يده ولا سيما لعدم اللباقة فيها .

فحص الحس : ضعف الحس في ضرة اليد (hypothénar) باللمس والوخز وعلى الوجه الامامي للخنصر والبنصر . وضغط عضلات الضرة يوقظ حس وخز مؤلم كأنه انفراغ كهربي .

وليس في انحاء الذراع اي اضطراب حسي مرئي غير ان ضغط العصب الزندي الذي لم يتبدل حجمه خلف فوق البكرة يحدث ألماً اشد مما في الطرف المقابل .

الفحص الحركي : كشف خذلاً (parésie) في العضلات بين العظام وقد عرف بعضادة السبابة والخنصر عن الانفراق .

فحص المنعكسات . : اظهر ان المنعكس الزندي الـكاب معدوم .

فحص الدم : في الليتر ٠،٢٠ سنتغراماً من حامض البول عوضاً عن عشرة سنتغرامات

وقد اصيب المريض بنوب النقرس منذ عشر سنين واعترته في خلالها ٥—٦ نوب مؤلمة استقرت في طرفيه العلويين متناوبـة مع آلام حادة في ابهامي القدمين .

اما المريض الذي ذكرنا مشاهدته فقد اعترته نوبة واحدة فقط ولم تظهر فيه اقل علامة حركية كما في مريض مارسل فوربوليو غير ان خذلاً خفيفاً في تقريب الخنصر بدا فيه .

واني الفت انظاركم الى هذه العلامة التي تحققتها بعد ان تحققها كثير غيري من الاطباء فهي ليست فقط العلامة الوحدة التي يتصف بها الشلل الزندي في بعض الحالات بل قد تكون الاولى في ظهورها والاخيره في زوالها .

انتم تعلمون انه اذا كان شلل مقربة الابهام العلامة الرئيسة في اصابة العصب الزندي الاكيد فشلل العضلات بين العظام اسبق العلامات في الظهور

والعضلات بين العظام الظهرية مبعدة وبين العظام الراحية مقربة بالنسبة الى محور الطرف فلا عجب اذا ما زالت حركات الاصابع الجانبية . غير ان الباسطة المشتركة مبعدة والعاطفات هي ايضاً مقربة فلا بد من ابطال فعل العاطفات بوضع اليد منبسطة على المنضدة فاذا تمكنت السبابة حينئذٍ من الحركة بالباسطة المشتركة وهي المبعدة وبالباسطة الخاصة وهي مقربة ، واذا تمكن الخنصر من الابتعاد عن البنصر بالباسطة المشتركة والباسطة الخاصة المندمجتين فانه لا يستطيع الاقتراب من محور اليد لان المنضدة تمنعه عن الانعطاف .

واذا ذكرت هذه المعلومات الغريزية المقتبسة من التشريح فلكي اوجه انظاركم الى ان التفتيش عن فلج العضلات بين العظام الذي تحراه فوربوليو غير كافٍ وقد يوقع في الخطإ لانه بمضادته السبابة والخنصر اشرك في العمل الباسطات التي لم تكن مفلوجة .

ولو انني اكتفيت بدرس هذه العلامات الحركية فقط في مريضي لما كنت عرفت ان في العضلات بين العظام خذلاً خفيفاً .

واما الكدمة التي ظهرت في المريض فلست اظن ان نقص عدد اللويحات الدموية وحده كاف ٍ ليعللها بل يستطاع عزوها على ما ارجح الى قصور خفيف في الكبد ولم نتمكن من البت ّ في هذا القصور لنقص وسائطنا المخبرية .

ولعل ّ بعضكم صادف مثل هذه الحادثة ولكنها نادرة في كل حال . غير ان الفحوص السريرية الدقيقة والتفتيش في المراجع الجامعة قد يزيد عدد هذه المشاهدات . ان التهاب العصب الزندي قد ظهر في مشاهدة فوربوليو في مصاب بنوب نقرس معروف واما في مريضنا فقد كان الظاهرة الاولى انوبة النقرس ولا عجب اذا ما شوهدت حوادث من المُصابات الزندية حتى من التهاب العصب الزندي المجهولة السبب التي يستطاع تحسينها وشفاؤها بالمعالجة المضادة للنقرس.فهذا الاتجاه الجديد في معالجة هذه الالتهابات العصبية يجعل لمشاهدتنا الفائدة التي حدتنا الى تقديمها لكم .

المناقشة : الحكيم ترابو : ان المرفق كان سليماً في مريضك فضلًا عن ان النقرس قلما يصادف في مثل هذا العمر . غير ان التهاب العصب الزندي في مرضى مسنين يستطاع تعليله بالتهاب المفصل النقرسي او بانضغاط العصب برسوبات كلسية كيف لا ومناسبات العصب الزندي مع فوق البكرة وثيقة جداً واجتياز العصب للقناة العظمية الليفية في هذا الحذاء يعرضه للانضغاط

الحكيم عرقتنجي : صادفت في احد المرضى النقرسيين عصاباً كتفياً شبيهاً بالعصاب الزندي الذي ذكرته وقد شفي بسرعة باستعمال محلول لافيل .

٢ ـــ حادثة رض بطن مع تمزق تام في

الامعاء الدقيقة ونزف باطن بدون تقفع الجدار

للعليم شوكت القنواتي

في الساعة التاسعة من مساء ٢٠ شباط ١٩٣٨ تلقيت من الطبيب المناوب في مستشفى المعهد دعوةً لرؤية مريض مصاب برض البطن وبعد سؤال الطبيب المناوب عن امره اجاب انه يدعى هارون بن اسحق من دمشق وعمره خمس عشرة سنة وانه بينما كان يركب دراجة صدمه على بطنه مجر عربة فسقط مغمياً عليه ونقل الى المستشفى في الحال في الساعة الثالثة بعدظهر اليوم المذكور وبعد ان عاينه وجده شاحب اللون فاقد الرشد بارد الاطراف حرارته ٣٧ وعلى الناحية الشرسوفية من جدار بطنه كدمة سطحية مدورة شبيهة بنهاية مجر العربة التي احدثت الرض ، نبضه متقطع عدده ٩٥ في الدقيقة بطنه لين في جميع الانحاء وليس فيه اي تقفع عضلي او انتفاخ او خرس ، قاء المريض بعد وصوله المستشفى مرتين اقياء طعامية لا اثر للدم فيها، والخلاصة ان المريض لم يبد سوى اعراض الصدمة فوضع تحت المراقبة وحقن تحت جلده بالمصل الغريزي وبعقويات القلب فخفت اعراض الصدمة وظهر على المريض بعض التحسن ثم اعاد فحصه في الساعة الرابعة فوجده واهناً لا يجيب عن الاسئلة التي توجه اليه الا بصعوبة ولكنه لم يكن يبدي اي ضجر

او هياج او تململ ، وقد زال تقطع نبضه غير انه اسرع فبلغ ١٠٥ في الدقيقة واما حالة البطن فظلت كما كانت في الفحص الاول ، فهو لين بلا تقفع ولا ألم ولا خرس وبقيت حال المريض كذلك في الفحوص التي اجريت ساعة بعد ساعة . فامام هذا المشهد رأى حاجة الى دعوة جراح الخفر لأخذ رأيه فدعاني .

جئت في الساعة التاسعة فرأيت طفلاً رقيق الجسم شاحب اللون نبضه ضعيف وسريع يعد في الدقيقة ١١٥ بطنه لين جداً في النواحي جميعها وليس فيه شيء من التقفع العضلي ولا الخرس ولكنه موءلم قليلاً في موضع الكدمة وحين جسها فاستناداً الى اسراع النبض وتسلقه الذي كان آخذاً في الازدياد منذ دخول المريض المستشفى حتى معاينته الاخيرة رغم المصل الغريزي ومقويات القلب وبناء على هذا العرض وحده الكافي للدلالة على نزف باطن قررت التوسط الجراحي .

نقل المريض الى غرفة العمليات وخدر بالايثر وفتح البطن على الخط المتوسط من الذيل الخنجري حتى السرة فلم اكد افتح جوف الصفاق حتى تدفقت منه كمية من الدم غزيرة جففتها بالرفائد البطنية ثم بدت امام عيني عروة معوية متمزقة وعلى اطرافها كدمات وشاهدت عدة اوعية ماساريقية متمزقة ورأيت في جوف الصفاق خمس حيات بطنية ، واما تمزق الامعاء فقد كان تاماً اي انها كانت منقطعة انقطاعاً كاملاً مشتملاً على دائرتها جميعها فاخرجت الامعاء المتمزقة وارقأت الاوعية النازفة بالمناقيش وطرحت الديدان الخمسة ونظفت البطن من الدم واكملت فحص سائر الاحشاء البطنية فوجدتها سالمة

ثم ربطت الاوعية النازفة وقشرت حافات الامعاء المشرشرة المكدمة وخطتها خياطة انتهائية انتهائية ونظفت البطن ثانية بالغزي والمصل الغريزي الفاتر ولم استعمل شيئاً آخر من المواد المطهرة كالايثر مثلاً بعد ان ثبت انها تنقص من دفاع الصفاق ، وخطت البطن طبقة واحدة بشعر فلورنسة المضاعفة ولم اجفر

نقل المريض الى سريره وحقنت لحمته بالمصل الغريزي والزيت المكوفر وفي اليوم الثاني لقح بلقاح البرويدون . اما عواقب العملية فكانت حسنة جداً واندمل الجرح البطني بالمقصد الاول ونزعت الخيوط في اليوم الرابع عشر وغادر المريض المستشفى في ١٦ آذار شافياً .

. . . .

ان هذه المشاهدة التي سردها باختصار ، كبيرة الفائدة ولعلها الاولى من نوعها . فان رضوض البطن التي ترافقها آفات حشوية تنقسم كما لا يخفى فئتين كبيرتين ، آفات الاحشاء المملوءة، وآفات الاحشاالجوف .

اما الاولى التي تتمرقل بنزف باطن فقد اختلفت الآراء في تقفع جدار البطن فيها فمنهم من قال ان نزف الدم يخرش الصفاق فيدعو الجدار الى التقفع الانعكاسي ومنهم من قال ان الدم اذا لم يمتزج بمادة اخرى مخرشة لا يحدث التقفع. فانقطاع العروق الماساريقية مثلاً وانشقاق الطحال قد لا يحدث فيهما تقفع لخلو الدم فيهما من المواد الاخرى وجروح الكبد يتقفع فيها الجدار متى امتزج الدم بالصفراء .

ان ما قيل عن هذه الفئة الاولى قد اثبتته المشاهدات التي ايدت تارة

قول المجبذين واخرى حجة المعارضين. ولكن اذا كانت الآراء قدتضاربت في آفات الاحشاء المملوءة فانها قد اجمعت على القول بتقفع الجدار في آفات الاحشاء الجوف . وفي مشاهدتنا انقطع المعى الدقيق انقطاعاً تاماً وخرجت حيات البطن والمواد المعوية الى جوف الصفاق ولم يظهر اقل تقفع ولو لم يرشدنا تسلق النبض الى ضرورة التوسط الجراحي لما كنا اقدمنا عليه .

. . . .

ان هذه المشاهدة تدعونا الى لفت انظار الزملاء الى هذا العرض وشدة اختلافه فكما ان مشاهدة استاذنا لوسركل الى جمعية الجراحة الباريسية عن انشقاق الطحال الخالي من التقفع قد جرت وراءها مشاهدات من نوعها ، فقد يكون من مشاهدتنا هذه حافز يدعو الجراحين الى تبديل ارائهم في هذا العرض المتقلقل وقد يأتينا المستقبل بحادثات جديدة يثبت بها ان تقفع الجدار ليس العرض الواسم في آفات الاحشاء الجوف كما كان يعتقد حتى الآن .

المناقشة : العليم شابو : ليست الحادثة من الندرة بقدر ما يظن فقد صادفت مع فبو شخصاً مصاباً برض البطن نقل الى المستشفى في حالة الصدمة مع تناذر نزف باطن ولم يكن جداره متقفعاً. وقد ظل التقفع غائباً خمس ساعات بعد حدوث الصدمة . والاستاذ مولونغه الذي كان حاضراً العملية اشار بعد ان رأى قوى المبضوع تهن باغلاق البطن بسرعة قبل ان يقضى عليه غير انني بعد ان ادخلت يدي الى قعر الحوض اخرجت منه عروة معوية مقطوعة قطعاً تاماً ولم تكن تلك العروة الا قطعة من الاثنا عشري مقتلعة

في حذاء ارتكاز عضلة "رآتز". وتعلل غيبة التقفع بكون الطبقة العضلية حين حدوث الانقلاع تتمطط وتتشنج فتكوّن سدادة مخاطية تسدّ فوهة المعى وتمنع محتواه المخرش عن الانصباب في جوف الصفاق واحداث التقفع. ولا فرق في الممارسة بين ان يكون او لا يكون تقفع ما زال النزف الباطن يدعو الى التوسط السريع. وغيبة التقفع في المشاهدة التي اوردها الزميل قنواتي يستطاع تعليلها بظهور اعراض النزف الباطن التي تسبق اعراض تخرش الصفاق وظهور التقفع. واظن ان التقفع لا يظهر في البدء في كل مرة تجتمع فيها الافتان: النزف الباطن وانثقاب الاحشاء

العليم قنواتي: ان الآلية التي ذكرها العليم شابو لا توافق المشاهدة التي اوردتها فان مصادفة خمس حيات بطن في جوف الصفاق دليل على ان السدادة لم تتكون وان السائل المعوي المخرش قد انصب حين خروج هذه الديدان وعلى الرغم من كل هذا فان التقفع لم يظهر. وهذه هي المرة الاولى التي اصادف فيها غيبة هذا العرض في خلال عشر سنوات مارست فيها جراحة الحفر. فليست الحادثة كثيرة الوقوع بل نادرة جداً على ما ارى واما تعليل الزميل شابو فلست اجاريه فيه لان النزف الباطن في مشاهدتي لم يكن غزيراً جداً ولم تكن اعراضه شديدة لتحجب التقفع هذا اذا سلمنا جدلاً بان اعراض النزف تحجب اعراض التخرش الصفاقي مع انني اعتقد العكس لان انصباب الدم في الصفاق يجعل البيئة ملائمة اشد الملاءمة لنبت الجراثيم الآتية من الآفة المعوية فالاحرى بالتقفع ان يبكر في الظهور وان يشتد

العليم مرشد خاطر : قد بضعت في سياق ممارستي الجراحية الطويلة مئات من رضوض البطن ورأيت عدداً عديداً من افات الاحشاء المتنوعة الناجمة عن الرض ولم اصادف مع ذلك غيبة التقفع مطلقاً ولا في حادثة واحدة من رض البطن المختلط بآفة الاحشاء الجوف . وعليه فانني اشارك العليم قنواتي بكون مشاهدته نادرة جداً ومفيدة كل الفائدة من هذه الجهة. غير انني الفت الانظار الى ان تقفع جدار البطن قد يكون موضعاً فقط في حذاء الحشا المأوفة وقد يستتر فلا يبدو الا اذا أحدث كما لو طلب من الجريح ان يتنفس تنفساً عميقاً

العليم قنواتي : انني لم اصادف في مجموعات السنوات العشر الاخيرة من مجلة جمعية الجراحة الفرنسية حادثة واحدة تشابه الحادثة التي ذكرتها والتقفع في الحادثة التي اوردتها لم يبدُ مطلقاً مع انني جربت احداثه في المريض كما ذكر الاستاذ خاطر فالمريض كان هزيلاً ومسترخي البطن حتى اني تمكنت من جس عموده الفقاري من خلال الجدار

❀❀❀

عد الكريات البيض و الصيغة

الكروية في الزحار الكبدي

للعليمين ترابو وجميل ربيع

ان لنتائج فحص الدم قيمة كبيرة في تعيين الآفات التي يحدثها الزحار في الكبد . ولكن ألهذه النتائج قيمة مطلقة وهل يجوز ان تبنى عليها وحدها ضرورة التوسط الجراحي اذا دلت على تقيح في الكبد ؟ اننا لا نظن هذا والمشاهدة الآتية احسن برهان على ما نقول :

المريض ف. أ . سنه ٤٩ سنة . دخل المستشفى فى ٢٦ اذار سنة ١٩٣٨ مصاباً بحالة حمية ونزف شرجي. افاد المريض انه كان يدمن الاشربة الكحولية جميعها وانه اصيب بنوب بردائية استمرت ستة اشهر وبزحار ظل شهراً تقريباً الا انه نفى كل اصابة سابقة بالافرنجي .

وقد دل مخطط الحرارة في الايام التي تلت دخول المريض على نوب بردائية بلغت الحرارة فيها ٣٩ — ٤٠ رافقها نافض وعرق. اما النزف الشرجي فقد افاد المريض عنه ان ابتدأ منذ ١٥ يوماً وانه يعاوده مرتين الى ثلاث مرات يومياً بلا زحير ولا مخاط في الغائط. والمريض فقير الدم جداً شاحب الوجه ملتحمته بيضاء اللون ، لا يستطيع الوقوف لضعفه العام ، يشتكي ألماً شديداً في مراقه اليمنى زاوية القولون والناحية الكبدية والوروب الاخيرة

جميعها حساسة جداً ومؤلمة لأقل لمس ولا تقفع في الجدار، صمم الكبد طبيعي الطحال مقروع بطول ٤ اصابع على الخط الابطي ولكنه غير محسوس، القلب والرئتان سليمة الضغط الشرياني ١٢ — ٧٫٥ بجهاز فاكز.

رسمت الكليتان بالاشعة بعد حقن المريض بالأبروديل فلم تبدُ فيهما حصى او شيء آخر يجلب النظر. عيار بولة الدم ٠٫٦٠ سغ في اللتر.

وعلى الرغم من غيبة مصورات البرداء من الدم حقنا المريض بغرام من الكينين يومياً لان البرداء كانت محققة عندنا نظراً الى مخطط حرارة المريض وحقنا المريض ايضاً بخلاصة الكبد لتحسين حالته العامة. وبعد ٤ — ٥ ايام هبطت الحرارة الى حالتها الطبيعية ووقف النزف الشرجي ولكن آلام المراق اليمنى لم تنقص مطلقاً بل كانت تضطرنا الى اعطاء المريض خلاصة الافيون او المورفين.

وبعد اربعة ايام اصبح الغائط مخاطي الشكل وبعد عدة فحوص مخبرية كشفت اكياس المتحولات الزحارية فيه ففكرنا في التهاب الكبد الزحاري على الرغم من بقاء الكبد عند حدودها الطبيعية.

وغب المداواة بالامتين غاب المخاط من الغائط وسكنت الآلام وعاد كل شيء الى ما كان عليه. هي مشاهدة بسيطة لو لم يدعنا درس الصيغة الكروية في هذه المشاهدة الى التساؤل مراراً عديدة عما اذا كنا بازاء تناذر شوفار ام نحن امام مجمع قيحي يجب تفجيره واليكم نتيجة فحوص الدم.

٢٧ اذار الكريات الحمر ٣ ملايين ونصف مليون. الكريات البيض ٩ الاف. الصيغة طبيعية.

٣٠ آذار الكريات الحمر ٣ ملايين . الكريات البيض ١٢٦٠٠ كثيرات النوى ٧٤ ٪ وحيدات النوى الكبيرة ٩ ٪ اللنفاويات ١٥ ٪ محبات الحامض ١ ٪

٥ نيسان الكريات الحمر ٤ ملايين . الكريات البيض ١٣٨٠٠ كثيرات النوى ٦١ ٪ وحيدات النواة الكبيرة ١١ ٪ لنفاويات ٢٨ ٪

١٠ نيسان كريات حمر ٤ ملايين ونصف مليون كريات بيض ١٩٦٠٠ كثيرات النوى ٧٣ ٪ وحيدات النواة الكبيرة ١١ ٪ لنفاوياوت ١٦ ٪

وقد ترك المريض المستشفى في ١٨ نيسان اي بعد ٨ ايام من العدّ الاخير للكريات البيض معافى وقد زال ألم مراقه اليمنى وزحاره وبرداؤه . وعاد اليه النوم والاشتهاء

ان عد الكريات أمر عادي كلما شك في مجمع قيحي زحاري في الكبد وهو في مشاهدتنا ذو بال .

فان هنا تضاداً صريحاً بين تحسن فقر الدم المستمر ، الناشيء عن المعالجة بالكينا وخلاصة الكبد . وبين ازدياد عدد الكريات البيض ولاسيا الكثيرات النوى منها على الرغم من المداواة بالامتين . انكم جميعاً ونحن معكم ارسلتم الى الجراحين مرضى مصابين بخراجات كبد زحارية مع كريات بيض لا يزيد عددها عن ١٢ – ١٥ الفاً . وفي مشاهدتنا هذه فان ازدياد عدد الكريات البيض من ١٢٠٠٠ الى ١٩٦٠٠ والآلام المنحصرة في الوروب اليمنى كانت تدعونا الى التوسط الجراحي. ولكنا نحن والاستاذ مرشد خاطر لم نقرر ذلك لان حجم الكبد كانت طبيعية . مما لا يتفق حتى مع تناذر

شوفار البسيط . وان توالي الحوادث امان لنا اننا كنا على صواب . فداء المتحولات المتقيح قد لا يكون ولو دلت عليه صيغة الدم . وعلينا ألاّ نمد المبضع الا اذا اجتمعت العلامات الاخرى الدالة على تقيح الكبد .

المناقشة : العليم عرقتنجي : تقول ان المريض ترك المستشفى معافى مع انك ذكرت في مشاهدتك ان مريضك قد ترك المستشفى بعد ان عدت كرياته للمرة الاخيرة بثمانية ايام وكانت اذ ذاك ١٩٦٠٠ فما حلّ بهذه الكريات البيض المزدادة ؟

العليم ترابو : انني بعد ان تحسنت الاعراض السريرية جميعها : زوال النزوف الشرجية واعراض الزحار وهبوط الحمى واستعادة القوة والاشتهاء لم اعد اعلق اهمية على عدّ الكريات البيض الذي لم يتفق مع الاعراض السريرية الاخرى فضلًا عن ان المريض بعد ان تحسنت اعراضه ترك المستشفى ولم يرغب في البقاء فيه غير ان اخباره لا تزال ترد عليّ وحالته آخذة في التحسن المطرد وانني ارضاء للزميل عرقتنجي سأسأل المريض بالسماح بمعاينة دمه مرة ثانية وسأجتهد ان انقل الى حضرة الزميل نتيجتها في الجلسة القادمة

العليم عرقتنجي: انني اعلق شأناً كبيراً على هذا المعاينة الاخيرة التي سنعلم منها ما اذا كان الشفاء حقيقياً فلعلّ المريض قد اصيب بخراج صغير في كبده ولا يزال كامناً فيها حتى الآن .

العليم ترابو : لست اعتقد ان الامتين وحده يشفي حتى الخراجات الصغيرة الا اذا اشترك معه البزل المفرغ

اما نتائج فحص الدم التي كنت اعتمد عليها كل الاعتماد في مرضاي

لاثبات التقيح فلم اعلق عليها اقل اهمية في هذه المشاهدة لانها لم تتفق امع
العلامات السريرية التي تغلبت على المجهر : وان تحسن الحالتين العامة والموضعية
هذا التحسن الباهر لا يتفق وبقاء خراج اياً كان حجمه في الكبد .

❀❀❀

خلاصة نظرية اللولبيات

للدكتور زغيب ميخائيل

نشر هذه المقالة التي وردتنا من مؤلفها وليس
لنا اقلّ رأي خاص في النظريات التي ذكرت فيها
« المجلة »

أ – القسم الطبي

١ – نشأة المادة : منذ ملايين السنين خلق الله طلقة مشعة ذات موجة متناهية في القصر تحوّل اشعاعها تدريجياً الى كهارب ونوى ثم الى ذرات فعناصر .

فقد تكون اولاً سديم هائل مظلم لم يلبث ان اضاء نتيجة تقلصه الذي جعله ايضاً يدور حول نفسه مكونا سديماً لولبياً له ذراعان تكثفت فيهما اجزاء لم تلبث ان انفصلت مكونة النجوم ومنها الشمس .

ومن النجوم نشأت السيارات ومنها الارض . فقد حدث ان اقترب نجمان احدهما من الآخر فسبب اكبرهما مداً عالياً في الاصغر اخذ يزداد كلما اقتربا مكوناً ذراعاً هائلاً من الغازات والعناصر لم يلبث ان انفصل الى السيارات السبع المعروفة ومنها الارض .

وكانت الارض كتلة ملتهبة بردت قشرتها الظاهرية بمرور الزمن وفي خلال ذلك تم ظهور العناصر التسعين وآلاف المركبات الكيميائية ومنها الماء .

٢ – نشأة الحياة : وقد حدث منذ ملايين السنين ان تكون ضمن

المركبات الكيميائية التي تركبت تحت تأثير حرارة الشمس الشديدة مركبات غروية متنوعة ظهرت منها انواع معقدة التركيب مضطرب فيها ترتيب النواة والكهارب بتأثير اشعة متناهية في القصر .

وكان بعض هذه المركبات الغروية موجب الشحنة الكهربية . وبعضها سالبها والآخر متعادل الشحنة وكان يدخل في تركيبها غير المستقر بعض او كل العناصر الآتية :

الهيدروجين — الاكسيجين — الآزوت - الكلور - الكبريت الكربون - الكلسيوم — الصوديوم — البوتاسيوم — المغنيسيوم — الفسفور — الحديد — الزرنيخ .

وباتحاد المواد الغروية الموجبة الشحنة او السالبة الشحنة بالمواد الغروية المتعادلة نشأت الحياة في صورة فيروس ولولبيات بدائية .

فالكائن الحي ما هو الا مركب غروي معقد التركيب الكيميائي غير مستقر مشحونة ذراته بالكهربا وما الحياة الا نتيجة لهذا التركيب ولتلك الشحنة ومظهر من مظاهرها .

٣ — نشأة الانسان : كان الماء يعج بما لا يحصى من انواع الفيروس واللولبيات فحدث ان اتصلت بعض اللولبيات (وهي انواع من الطفيليات) ببعض انواع الفيروس (وهو نوع بدائي من المكروبات) فتطورت الاخيرة على مرور الزمن الى البكتريا بجميع انواعها تحت تأثير تلك الطفيليات متأثرة ايضاً بالوسط الذي تعيش فيه خصوصاً وقد ابتدأ ماء البحر يتغير تدريجياً بما كان يذوب فيه من العناصر الثقيلة كالزئبق والزرنيخ والبزموت واليود

نتيجة تساقط الامطار على الجبال ومرورها في الوديان جارفة معها المعادن المذكورة الى البحر .

"ونظراً لاختلاف الشحنة الكهربية لتلك اللوليبات عن شحنة الفيروس والميكروبات والاحياء ذات الخلية الواحدة فقد أحدث تأثير دخول الاولى في الاخيرة ان عملية التناسل الذاتي لم تتم اذ انه عوضاً عن ان ينفصل الجزءان المنقسمان فيكون كل منهما مخلوقاً حياً مستقلاً تحت تأثير تماثل الشحنة الكهربية فان اختلاف الشحنة لدخول اللوليبات دعت الى ان جزئي الكائن الحي لم ينفصلا بعد انقسامهما ثم اخذا في الانقسام مرة اخرى . وهكذا حتى تكون كائن ذو خلايا عديدة من كائن آخر ذي خلية واحدة .

وبتأثير اللوليبات ايضاً تطورت تلك الكائنات الحية الى اخرى ارقى منها الى ان وصلت الى الانسان .

ونظراً الى تعدد انواع الفيروس والبكتريا والحيوانات ذات الخلية الواحدة فقد تعددت اجناس البشر التي تطورت منها تحت تأثير اللوليبات .

وهذه النشأة تعلل المناعة الطبيعية التي لبعض الشعوب والاجناس ولبعض الاشخاص ضد بعض الامراض المعدية نظراً الى أنهم نشأوا وتطوروا من هذه الميكروبات .

ب القسم الاجتماعي

١ — نشأة الشعوب : يتضح مما تقدم انه ظهرت في وقت واحد او في اوقات مختلفة اجناس عديدة من البشر في اجزاء مختلفة من الارض من اجناس

ادنى منها تحت تأثير اللولبيات وهذا يعلل اختلاف الاجناس الشديد وتعددها وقد تكونت بسبب هذا الاختلاف النواحي والقرى والمراكز والمديريات فالممالك . اذ انضمت كل فئة من البشر نشأت في بقعة واحدة او من اصل واحد بعضها الى بعض نظراً لوحدة النشأة فوحدة الاخلاق لوحدة نوع اللولبيات مكونة هذه الاقسام الصغيرة منتهية الى تكوين الوحدات الكبيرة اي الممالك تبعاً لاتحاذ العادات والاخلاق ولتماثل الامزجة المتقارب النشأة

ومعنى هذا ان لكل قرية وناحية ولكل مديرية ومملكة لولبيات خاصة بها هي التي اوجدت الاختلاف في اللون والسحنة والطول واللغة والعادات والاعتقادات تبعاً للجو ولمعادن الارض وغيره ولتأثيره في تلك اللولبيات التي أثرت بدورها في نشأة الانسان

وهذا يفسر اختلاف صفات وطباع الجماعات المتنوعة ويعلل مثلاً ميل بعض الشعوب الى عبادة الذهب واكتناز المال نظراً لتطور افرادها من كائنات حية صغيرة نشأت في مناطق فيها ذهب وفضة فدخل في تركيب خليتها او هي قد عاشت في مناطق كانت ظروف المعيشة فيها صعبة كما في بقعة من الماء محدودة لم تلبث ان جفت فأثر الوسط القاحل في التركيب الجسماني لتلك المخلوقات فافقدها شبهها ونشأت منها تلك الشعوب ضامرة خالية من الشحم في كثير من اجزاء جسمها خصوصاً في العجز وفي الصدر وغيره فاقدة شحمتي الاذنين كما هو مشاهد في تلك الشعوب والافراد الانانيين الذين يعبدون المال ولا يحفلون الا بانفسهم وهكذا . . . .

٢ — نشأة المدنية : بتأثير اللولبيات في المجموعة العصبية تحوّل الانسان

الاول الحيواني الى انسان عاقل اختلف لونه وتباين جماله وطوله واضحى ماكراً غير قنوع محباً للحرب والثورات مغرماً بالتأنق ميالاً الى الترف عرف الزراعة واخترع الصناعة واستعمل الفنون الجميلة .

فاللوليات هي اصل المدنية الاولى وهي اساس كل مدنية اخرى وسبب كل فن وعلم واختراع . العباقرة والمخترعون والشعراء والفنانون والمؤلفون من عيلات لولبية قوية . اوائل الطلبة وجميع الاطباء والمهندسين وكبار رجال القانون واساتذة الجامعات وكبار الموظفين واصحاب الشركات الكبرى والقادة والزعماء والملوك والامراء والاشخاص البارزون في الهيئة الاجتماعية جميعهم من عائلات لولبية قوية .

ومن خواص اللولبيات ان تأثيرها في الافراد والجماعات والممالك يضعف بمرور الزمن وبذلك تقف المدنية عند حدها او تتأخر وتنحط الشعوب وتضعف فتتغلب دولة اخرى فتية قوية على تلك المملكة وتجلب معها لولبيات اخرى مختلفة تنتشر في الامة المغلوبة بمرور الزمن فتثير فيها روحاً جديداً فتنشط وتقاوم وتطرد الشعب الغالب وتبدأ مدنية جديدة وتدخل في عصر جديد وهكذا . . فالحروب والثورات الداخلية والخارجية ما هي الا نتيجة من نتائج اللولبيات والثورة الفرنسية اقرب واكبر دليل على ذلك. فان بحارة كولمبوس لما جلبوا في القرن السابع عشر مكروب اللولبيات من امريكا ونشروه في اوربا التي كانت لولبياتها قد خمدت دبّ فيها روح جديد ونظراً لسرعة انتشار اللولبيات في فرنسا على الخصوص وتأثيرها في المجموعة العصبية فقد كان هذا اكبر عامل على بدء تلك الثورة . وبهذا

الفرض وحده يمكننا تعليل الحركات والاعمال والتصرفات الجنونية الشاذة التي قام بها الثوار .

وكذلك الحال في جميع الحركات والثورات والحروب والنهضات العلمية والاجتماعية في مختلف العصور وبين مختلف الامم مما يطول شرحه .

وهنالك مسئلة اخرى عكس هذا على خط مستقيم فقد لوحظ ان بعض الاولاد خصوصاً الاولاد البكر ينشأون اغبياء جداً مهما كان والدهم ذكياً . وفي الواقع انه ايضاً يلزم ان نقرر ان اواخر الطلبة واغلب العاطلين والمتشردين والاغبياء ومدمني المكيفات والمخدرات والمجرمين هم ايضاً من عائلات لولبية قوية . ولا شك ان اختلاف تأثير تلك اللولبيات راجع الى اختلاف نشأتها وتغاير انواعها .

٣ — نشأة الفضائل : اللولبيات اصل كل فضيلة . ولو قسمنا الفضائل العديدة الى اقسام رئيسة لبلغ عددها ١٤ كعدد مديريات القطر المصري وعدد الوية العراق وعدد الفضائل عند قدماء المصريين — وتعليل هذا ان لكل مديرية فضيلة بارزة فيها مميزة لها عن باقي المديريات نشأت فيها تحت تأثير لولبيات تلك المديرية متأثرة ولا شك بالجو والوسط مؤثرة بدورها في الكائن الحي الذي تطور الى الانسان وتطورت معه الفضائل الى ان ظهرت كما نعرفها الآن .

وهذا يفسر ما نراه في بعض الشعوب من رذائل يعتبرها شعب آخر فضائل وبالعكس .

٤ — نشأة الرذائل : كذلك فان اللولبيات اصل كل رذيلة وعدد الرذائل

الرئيسة ١٤ ايضاً ولكل مديرية من مديريات القطر رذيلة بارزة فيها مميزة لها عن باقي المديريات نشأت في سكان تلك المديرية تحت تأثير اللولبيات لاختلاف الجو والمعيشة والنشأة — واكرر ان سبب هذا التناقض الظاهر هو اختلاف نوع اللولبيات باختلاف الوسط .

ج — القسم الطبي

١ — نشأة الامراض : من المعلوم ان الحيوان ذا الخلية الواحدة مكون من غشاء خارجي يدعى «اكتودرم» وآخر داخلي يدعى «ميزودرم» ونواه تدعى «اندودرم» .

فلما دخلت طفيليات اللولبيات في ذلك الحيوان البدائي عاشت اولاً في الغشاء الخارجي مسببة تغييرات مرضية متنوعة ظهرت في انسجة الجسم التي نشأت منه وذلك في الحيوان ومنها الانسان الذي تطور منها فظهرت .

أ — جميع الامراض الجلدية كالاكزيما والبهق والبرص والصلع الخ .

ب — جميع الامراض العصبية كالصرع والنورستانيا والهستريا وجميع الامراض العقلية الخ . .

ج — جميع امراض الاسنان كالبيوريه وتشوهات الاسنان .

ولما طال باللولبيات المقام في الحيوان ذي الخلية الواحدة زحف الى النسيج الداخلي (الميزودوم) مكوناً الامراض الآتية :

أ — امراض جهاز الحركة كروماتيزم العضلات وامراض العظام المختلفة وامراض المفاصل المتنوعة الخ . .

ب — امراض الجهاز الوعائي كجميع انواع امراض القلب وتصلب الشرايين

وضغط الدم الخ . . .

ج امراض الجهاز التناسلي والبولي المتنوعة كالعقم والاجهاض والولادة المبكرة وموت الرضع والاطفال وضخامة البروستاتا وامراض الكلى الخ . .

د — امراض الغدد اللاقنوية التي ادت الى ظهور العمالقة والاقزام (سواء أفي الحيوان او الانسان) ومشوهي الخلقة وعجائب المخلوقات والمتناهين في البدانة او النحافة ثم ظهور البلوغ المبكر والشيخوخة المبتسرة الخ . .

واخيراً لما وصلت اللولبيات الى النواة احدثت الامراض «الاندودرمية» وهي:

أ — جميع امراض الجهاز التنفسي كالتهاب اللوزتين والنزلات القصبية والربو .

ب — جميع امراض الجهاز الهضمي كالنزلات المعدية والمعوية والقيء والامساك المستعصي والنزف المعوي وامراض الكبد والداء السكري الخ . . .

وبالجملة فان جميع الامراض غير المعدية ومنها المجهولة السبب والمستعصية العلاج سببها اللولبيات .

وهذا يعلل كما هو مشاهد بين الشعوب والاجناس والعيلات ان لكل شعب او جنس ولكل عيلة وقبيلة امراضاً خاصة بها سببها نشوء هذه الاجناس والعيلات من كائنات حية صغيرة سبق ان اصيبت بطفيليات اللولبيات بدرجات متفاوتة سواء أفي الغشاء الخارجي او الداخلي او النواة مسببة امراضاً متنوعة في الانسجة التي تنشأ من هذه الاجزاء

٢ — الامراض المعدية: ان المناعة على بعض الامراض المعدية في بعض الاشخاص سببها نشأتهم من مكروباتها تحت تأثير اللولبيات . اللولبيات تضعف مقاومة

الجسم للطفيليات وللامراض المعدية ولهذا فالاصابة بالامراض المعدية دليل على سابقة الاصابة بالدرجة القوية من اللولبيات .

وامراض اللولبيات تورث الى اجيال عديدة ولكن الزمن يضعف من قوتها . والابن البكر يرث اكبر كمية من المرض ولهذا فهو عرضة للاصابة بالامراض المعدية اكثر من اخوته الاصغرين .

٣ — مرض اللولبيات : يتضح من هذا انه لا يوجد الا مرض واحد هو مرض اللولبيات مريض به كل كائن حي وليس ما نسميه امراضاً الا اعراض هذا المرض الواحد . والامراض المعدية ما هي الا عدوى ثانوية لمرض اللولبيات الذي يمكن تقسيمه بحسب درجة الاصابة به الى قوي ومتوسط وكامن ـ وقد كان هذا المرض معروفاً جيداً لدى قدماء المصريين حيث كانوا يدعونه مرض « الماعة » وما زال الحلاقون يشخصون سبب وفاة كل شخص في القرية بانه مرض الماده المحرفة من الكلمة المصرية القديمة ويلاحظ هنا ان حلاق القرية ما هو في الحقيقة الا حفيد الطبيب المصري القديم .

فمرض العادة او «الماعة» ما هو الا مرض اللولبيات او الزهري وبامعان النظر في الكتب القديمة والنقوشات الاثرية يتضح ان العالم عرف مرض الزهري واصيب به منذ فجر التاريخ وليس من ايام كولمبوس كما يدعون فان بحارة كولمبوس نقلوا نوعاً من انواع اللولبيات العديدة مخالفاً للنوع الذي كان في اوربا في ذلك الوقت وهذا كان سبب انتشاره الوبائي .

وبملاحظة هذه الحقيقة فان كثيراً من الاشياء الغامضة سواء أفي التاريخ

القديم او الحديث او في الامراض وغيرها يسهل تعليلها اذا فرضنا انتشار مرض اللولبيات من قديم الزمان .

اذكر هنا مسئلة عقم كثيرمن ملوك المصريين القدماء وكثرة الأسر الحاكمة بينهم بينما لم تتغير الأسرة الحاكمة في اليابان منذ آلاف السنين لعدم مناسبة الجو والاحوال فيها لانتشار مرض اللولبيات هذا كانتشاره بمصر .

كذلك فقد دلّ البحث على ان قدماء المصريين استعملوا بعض المعادن الثقيلة لعلاج مرض « العاعه » ذلك او مرض الزهري .

ثم انه مازالت الأدوية التي تستعمل في علاج الزهري كالسلفارسان واليود والبزموت تستعمل بكثرة في جميع الامراض الاخرى تقريباً بنجاح كبير وهذا، ولاشك، اكبر دليل على ان اصل هذه الامراض هو الزهري فقط

وقد دلني اختباري خلال ١٣ سنة في مناطق الحدود وفي مديرية المنوفية والمنيا وجرجا على ان الزهري ولاسيما الوراثي منه منتشر انتشاراً كبيراً بحيث لا يخلو شخص واحد خصوصاً في النواحي التابعة لصحة البتانون من آثار الزهري القوي والمتوسط وهذا هو السبب الاساسي في زيادة الوفيات خصوصاً وفيات الاطفال في تلك النواحي .

د — التشخيص : مما سبق شرحه يتضح ان كل شخص في العالم مريض بمرض اللولبيات بالوراثة على الاقل ولو من اجيال عديدة . والاعتماد على تفاعل واسرمان في كشف مرض الزهري خطأ كبير يضيع على المريض فرصة العلاج فالشفاء فان كثيراً من الحالات المؤكد انها زهرية تأتي نتيجتها سلبية ثم ان تفاعل واسرمان في الواقع ليس تفاعلاً نوعياً .

وقد اكتشفت طريقة سريرية بسيطة جداً لكشف الزهري الوراثي على الخصوص تتلخص في فحص الغدد اللنفاوية الواقعة فوق اللقمة الانسية لطرف العضد الوحشي حيث شاهدت انها تختلف ضخامة وصغراً باختلاف درجة الاصابة بالزهري وتتفاوت كثيراً بين الاخوة بحسب ترتيب ولادتهم فتكون على اعظمها في الابن البكر ثم تصغر بالتدريج الى ان يصعب العثور عليها في اصغر الاخوة. ثم انها ايضاً تختلف شكلاً باختلاف الاجناس والشعوب فتظهر بصفة عقد مستديرة صغيرة في الشعوب السامية بينما هي كتلة غير منتظمة الشكل في الشعب المصري النقي الاصل.

هـ ـ العلاج: ان علاج الزهري الوراثي بالزئبق والزرنيخ والبزموت واليود ومركباتها ليس علاجاً مجدياً وان كان مفيداً في حالات كثيرة حتى في ما يسمونه امراضاً. والعلاج الحاسم هو العلاج الطبيعي برفع درجة حرارة الجسم بابة طريقة من الطرق ذلك لان اللولبيات ضعيفة المقاومة لدرجة انها تموت اذا تعرضت لدرجة ٣٩ مدة ساعتين. وعلى هذا الاساس فان السبب في شفاء العدد الكبير من الامراض المتنوعة خصوصاً الامراض الروماتيزمية وامراض الجلد والامراض العصبية والعقلية وامراض النساء الخ.. بحقن اللبن واللقاح ضد التيفية والسلفوسين راجع الى ان ارتفاع درجة الحرارة الذي ينشأ عن هذه الحقن يميت اللولبيات.

ولكن هناك مسئلة هامة تجعل الشفاء احياناً غير مستديم فقد اتضح اخيراً وجود خلايا خاصة في نخاع العظام لا تتأثر مطلقاً بارتفاع درجة

الحرارة ويجوز ان تكون فيها اللولبيات كامنة .

وعلى هذا فالطريقة المثلى لعلاج جميع الامراض خصوصاً المزمنة منها والمستعصية على العلاج هي استعمال الاشعة القصيرة والمتناهية في القصر . وقد ثبت بالاختبار عظم فوائدها ونجاحها في حالات كثيرة خابت فيها جميع وسائط العلاج .

من هذا يتضح انه من الخطإ مقاومة الامراض المعدية وخصوصاً الملاريا اذ انها علاج طبيعي للزهري فهي عبارة عن دفاع ذاتي الغرض منه مقاومة المرض فالواجب اولاً تركيز الجهود ضد مرض الزهري قبل كل مرض معد آخر اذ انه هو العامل الاساسي في زيادة الوفيات بمصر خصوصاً بين الرضع والاطفال حيث يضعف مقاومة الجسم فيقضى عليه لاتفه الاسباب.

و — الاحصاء : ان جميع الاحصاءات التي قمت بها او قام بها غيري تؤيد ما سبق شرحه فقد عالجت اكثر من ستمائة مريض بامراض متنوعة فشفوا جميعاً . منهم اربعمائة تم شفاؤهم بحقنة واحدة مقدارها سنتيمتر مكعب من اللقاح ضد التيفية في العضلات . ومائة وخمسون بحقنتين واربعون بثلاث حقن وعشرة باربع حقن .

كذلك فان النتائج التي حصل عليها غيري من الاطباء باستعمال الحقن التي ترفع درجة الحرارة في امراض الجلد المختلفة والامراض العصبية والعقلية والامراض الروماتزمية الخ . . . تؤيد هذا الرأي وان كانوا يعللونها تعليلًا آخر .

وفي الختام فان اعجب النتائج هي التي حصل عليها عدد كبير من الاطباء

بواسطة استعمال الاشعة القصيرة والمتناهية القصر في جميع الامراض مما يقع تحت باب غرائب الشفاء ويقطع وحدة الامراض .

كذلك فقد دلّ الفحص الذي قمت به لكثير من المرضى بامراض معدية على ان اكثر من نصفهم من الاولاد البكر لآبائهم . ودل ايضاً فحص بعض السجون والمجرمين والمجانين على انهم من عيلات زهرية قوية او متوسطة .

ز — الخاتمة : خلاصة ما تقدم ان الحياة وهي ظاهرة كيميائية كهربية نشأت باتحاد مركب غروي ايجابي الشحنة بآخر سلبيهما مكونة اللوليبات البدائية التي بتأثيرها في الفيروس جعلته يتطور الى ميكروبات ارقى متخصصة متنوعة لاختلاف البيئة والوسط وبتأثيره في الاخيرة تطورت الى حيوانات ذات خلايا عديدة ثم الى الانسان باجناسه المتنوعة التي ترجع الى اختلاف انواع الميكروبات التي نشأ منها . ثم انتظمت الاجناس البشرية في وحدات صغيرة او كبيرة تبعاً لاختلاف اللون والطباع واللغة لاختلاف الاصل والنشأة

وبتأثير اللوليبات في المجموعة العصبية سار الانسان في طريق التطور والرقي العقلي بجميع مظاهره المختلفة حتى وصل الى ما هو عليه الآن وسوف لا يقف عند حد في تطوره الذهني وارتقائه المدني . ولكن للوليبات تأثيراً آخر هو التأثير المرضي الذي اصاب الانسان منذ نشأته فظهر في صور واشكال متنوعة يسمونها (امراضاً) وما هي في الحقيقة الا صور وأعراض مرض الزهري واحدث علاج ناجع لها هو الاشعة القصيرة والمتناهية في القصر .

فالانسان في الواقع ليس ابن والديه بل ابن بلايين الاجيال العديدة

والاطوار المختلفة والاجناس المتنوعة الماضية من يوم ان كان طاقة مشعة فكهارب ونوى وذرات تسبح في الكون اللانهائي الى ان تجمعت الذرات على الارض في شكل مركبات كيميائية كهربية مكونة كائنات حية دنيا تطورت الى اخرى ارقى منها ثم الى حيوان فانسان . لا زالت جميع هذه الذكريات السحيقة العديدة مطبوعة في الخلايا مكونة طباعه واخلاقه وامراضه مسيرة اياه في طريق والى جهة لا يحيد عنها ونهاية لا بد منها .

* * *

مختارات من كتاب «حديث الحكمة»

وهو اثر فلسفي نفيس للطبيب السرياني الشهير مار غريغوريوس
ابي الفرج المعروف بابن العبري

عني بنشرها وتحقيقها

الاستاذ

مراد فؤاد حقي

توطئة للناشر

المفريان السرياني مار غريغوريوس ابو الفرج المعروف بابي العبري ، علم فذ نيّر من اعلام الشرق المعدودين ، ونابغة عبقري من نوابغ السريان المشهورين ، لمع في الجيل الثالث عشر للميلاد (١٢٢٦ — ١٢٨٦) (*) فاشتهر بالطب

(*) من اراد الوقوف على ترجمة ابن العبري مفصلةً فليراجع المصادر الآتية :(١)— نبذة عربية نشرها الاب لويس شيخو في بيروت سنة ١٨٩٨ (٢) المجلد الثالث من تاريخ ابن العبري السرياني الكنسي طبعة ابلوس ولامي في لوفان سنة ١٨٧٢ — ١٨٧٧ ص ٤٣١ — ٤٨٥ (٣) مقدمة التاريخ المذكور بقلم ابلوس ولامي (٤) مقدمة بجان في مطلع تاريخ ابن العبري المدني السرياني الذي نشره بالطبع في باريس سنة ١٨٩٠ (٥) المكتبة الشرقية للسمعاني الجزء ٢ ص ٢٤٤ (٦) دائرة المعارف للبستاني المجلد ١ ص ٥٩٤ (٧) قاموس الاعلام لشمس الدين سامي بك بالتركية المجلد ١ ص ٦٤٦ (٨) مختصر تاريخ الآداب السريانية لوليم ريت بالانكليزية (William Wright) طبعة كيمبريدج سنة ١٨٩٤ ص ٢٦٥ — ٢٦٦ (٩) الادب السرياني لروبنس دوفال بالفرنسية (Rubens Duval) طبعة باريس سنة١٩٠٧ ص ٤٠٨ (١٠)تاريخ الآداب السريانية—

والفلسفة والرياضيات والطبيعيات والشعر واللغة والادب والتاريخ واللاهوت والفقه بعد ان استوعب في صدره معارف البشر جمعاء الشائعة في عصره، فكان علامة زمانه، وفريد اوانه، منقطع النظير في الشرق والغرب. وقد خلف آثاراً ادبية جليلة في مختلف العلوم والفنون، تجاوز عددها الثلاثين تدل دلالة واضحة على عمق نظره، وقوة عبقريته، وخصب قريحته. نشرت اسمه في سائر الآفاق، وخلدت ذكره على ممر الاحقاب، ودفعت كثيرين من اكابر العلماء المستشرقين، الى درسها ونشرها ونقلها الى لغاتهم حرصاً على درر فوائدها وغرر فرائدها. ومصنفاته قيّمة جداً تكاد تؤلف موسوعة القرن الثالث عشر الذي عاش فيه. وضع اغلبها بالسريانية وله بالعربية التي كان يعد اميراً من امراء البيان فيها عدة مؤلفات ومقالات في مختلف الموضوعات منها: تاريخه مختصر الدول الذي نشر بالطبع لآخر مرة سنة ١٨٩٠ بالمطبعة اليسوعية في بيروت ومقالتان نفيستان في النفس البشرية وكتاب المضحكات ومختصر الادوية المفردة للغافقي الذي نشره اخيراً بمصر الدكتور ماكس ماير هوف وكتاب حديث الحكمة الذي نحن بصدده.

ولد ابن العبري سنة ١٢٢٦ م بمدينة ملاطية قاعدة ارمينية الصغرى

— بالالمانية للدكتور انطون باومشترك (Dr. Anton Baumstark) طبعة بون سنة ١٩٢٢ (١١) مقدمة تاريخه مختصر الدول المطبوع في بيروت سنة ١٨٩٠ (١٢) دائرة المعارف البريطانية المجلد ٣ ص ١١١ طبعة ١٩٢٩ (١٣) تاريخ الطب العربي بالفرنسية للعلامة لوسيان لوكليرك (Lucien Le Clerc) طبعة باريس ١٨٧٦ ج ٢ ص ١٤٧ الطب العربي بالانكليزية للعلامة ادوار براون (Edward Browne) طبعة كمبريدج سنة ١٩٢١ ص ١٠٠ — ١٠١

يومئذٍ ثم رحل مع ابيه الى انطاكية وهناك انقطع الى بعض الاديرة .وبعد ذلك شخص الى طرابلس لاتمام دراسته مستفيداً من خزائن كتبها وجاء دمشق طالباً فمارس الطب في مارستان نور الدين ، وفي سنة ١٢٤٦ صار اسقفاً على سريان (غوبا) ثم نقل الى حلب وفي سنة ١٢٦٤ رقي الى درجة مفريان وهي رتبة كنسية دون رتبة البطريرك وتوفي بمدينة(مراغة)من اعمال اذربيجان سنة ١٢٨٦ م .

وشهرة ابن العبري تنحصر في العالم اللاتيني على الاخص في مؤلفاته التاريخية . ونحن يهمنا هنا من اخباره الناحية الطبية فقط،فقد كان طبيباً بارعاً راسخ القدم في هذا الفن الجليل ، يعده معاصروه من احذق اطباء عصره قرأ الطب على والده الشماس اهرون الذي كان هو الآخر من الاطباء المعروفين فهو اذن طبيب ابن طبيب . وبفضل براعته في هذا الفن تقرب من كثير من الملوك والامراء والاعيان لا سياملوك التتار المغول، ونال منهم كل حفاوة وتبجيل وكثيراً ما استخدم معارفه الطبية في سبيل قضاء حاجات رعيته .

ومع شهرته في عالم الطب لم يترجم لهالقفطي في كتابه«تاريخ الحكماء» ولا ذكره ابن ابي اصيبعة في مؤلفه«طبقات الاطباء»مع انه عاصر الاثنين ويرجح انه اجتمع معهما مراراً يوم كانيتنقل في طلب العلم ما بين دمشق وحلب وطرابلس.وسبب ذلك واضح جلي وهو ان ابن العبري لم يكن يتجاوز الثانية والعشرين من عمره لما توفي جمال الدين القفطي سنة ١٢٤٨ م وكان دون العشرين لما وضع ابن أبي اصيبعة مؤلفهسنة١٢٤٥ م. بدمشق

ولا شك في ان شهرته العلمية ومعارفه الطبية ذاعتا وانتشرتا بعد هذين التاريخين اي بعد تخطيه دور الشباب

لم يكتفِ علاّمتنا ابن العبري بمزاولة صناعة الطب الشريفة بل وضع فيها عدة مؤلفات وشروحات وترجمات وتلخيصات باللغتين السريانية والعربية لفائدة ابناء عصره ولمن يأتون بعدهم وفيما يلي بيان بتلك المصنفات.

(١ — المؤلفات)

١ — كتاب بالعربية واسع الابواب كثير المنافع جمع فيه كل آراء الاطباء في المواد الطبية ذُكر في جدول مؤلفاته ولم يعين له اسم خاص وهو مفقود لم يعثر له على أثر.

٢ — كتاب آخر بالعربية اسمه «منافع اعضاء الجسد» وهذا ايضاً مفقود

(٢ — التعليق والشروحات)

٣ — شرح بالعربية كتاب «الفصول» لابقراط وكان كتاب هذا الحكيم يعد في سالف الاعصر كابجد العلوم الطبية ومدخلها فعلق عليه كثير من الاطباء شروحاً مطولة وتفسير ابن العبري كما يقول الاب شيخو كان ادق نظراً واصوب مقالاً ممن تقدمه. وهو اليوم نادر الوجود ولعله المؤلف نفسه الذي اشار الى وجوده في مكتبة بغداد العمومية، الاب شيخو في كتابه «المخطوطات العربية لكتبة النصرانية» ص١٠ حيث سماه كتاب تقدمة المعرفة لابقراط مع شرحه.

٤ — شرح بالسريانية كتاب «مدخل الطب» او «المسائل الطبية»

الذي وضعه حنين بن اسحق الطبيب السرياني المتوفى سنة ٨٧٧ م . شرحاً مستوفياً وبلغ في شرحه الى باب الترياق وهو نحو ثلثيه فصده الموت عن اتمامه وكتاب حنين هذا علق عليه كثير من اطباء العرب نظراً لشهرته

(٣ — النقول والترجمات)

٥ — نقل الى السريانية كتاب ديوسقوريدس اليوناني في المفردات الطبية وفيه صور النباتات وتعريف خواصها ومنافعها وديوسقوريدس هذا حكيم فاضل حشائشي من اهل مدينة عين زربة قال جالينوس : — « تصفحت اربعة عشر مصحفاً في الأدوية المفردة لاقوام شتى فما رأيت فيها اتم من كتاب ديوسقوريدس » (١)

٦ — ونقل قانون ابن سينا الى السريانية الا انه لم ينجزه وكتاب القانون هذا هو اشهر كتب الشيخ الرئيس في الطب فقد ترجم الى اللاتينية وطبع في القرن الخامس عشر والسادس عشر في اوربا عدة مرات ويبلغ عدد كلماته نحو مليون كلمة وظل النبع الذي يغترف منه الاطباء علومهم قروناً متوالية (٢)

(٤ — الاختصارات والتلخيصات)

٧ — لخص كتاب ديوسقوريدس المذكور في مجلد صغير الحجم جمع فيه اهم ما تضمنه

(١) عن ديوسقوريدس راجع مختصر الدول لابن العبري ص ١٠٤ ، وتاريخ الحكماء للقفطي ص ١٢٦ ، والفهرست لابن النديم ص ٤٠٧ ودائرة المعارف البريطانية المجلد ٧ ص ٤٠١ طبعة ١٩٢٩

(٢) مجلة المعهد الطبي العربي الجزء ٤ السنة العاشرة ص ٢٣٢

٨— اختصر كتاب «الادوية المفردة للغافقي» وهو مؤلف نفيس يقع في ثلاثة مجلدات وضعه ابو جعفر احمد بن محمد الغافقي من اعيان الاندلس[١] استقصى فيه ما ذكره ديوسقوريدس وجالينوس وغيرهما. فجاء ابن العبري واخذ زبدته واختصره اختصاراً حسناً واصل كتاب الغافقي مفقود لا يعرف له اثر انما نقل عنه ابن البيطار جانباً كبيراً من فوائده في كتابه المسمى «بالجامع لمفردات الادوية والاغذية» فكان من بواعث الاسف ضياع كتاب الغافقي ولكن العلامة ابن العبري سدّ هذه الثلمة باختصاره لهذا الكتاب اختصاراً بالغاً حداً عظيماً من الدقة. غير ان مختصر ابن العبري نفسه بقي مختفياً عدة اجيال حتى قُيض له من عثر على نسخة منه في منزل المرحوم اقلاديوس بك لبيب الاثري القبطي بمصر، مكتوبة سنة ١٢٨٥ م ٦٨٤ هـ اي قبل وفاة ابن العبري بسنة بخط واضح جميل للغاية فأعلن عنها في المقتطف (جزء اذار ١٩٢١ المجلد ٥٨ ص ٢٣٠ – ٢٣٣) ومن ثم طبعت بمصر بهمة الدكتور ماكس مايرهوف وقد جاء في اولها «كتاب الغافقي انتخبه وحيد العصر، وعلامة الدهر، الاب القديس الورع، مظهر الحقائق، وكاشف الدقائق، غريغوريوس مفريان الشرق كمّل الله سيادته، وأيد سعادته آمين»

*

* *

اما كتاب «حديث الحكمة» الذي ننشر اليوم فصولاً منتخبة منه على صفحات هذه المجلة الزاهرة لاول مرة بعد ان بقي مطوياً مدة سبعة اجيال! فهو مؤلف فلسفي وضعه ابن العبري بالسريانية ثم نقله الى العربية على ابين

(١) — راجع الجزء الثاني من كتاب طبقات الاطباء لابن ابي اصيبعه ص ٥٢

وجه واوجز اسلوب كما فعل ببعض كتبه التاريخية «لاناس اولي اياد راموا ان يقفوا على شيء من اسرار الحكمة بالفاظ واضحة الكيفية معتدلة الكمية» وهو مقسم الى اربعة ابواب يبحث الباب الاول منه في المنطق، والثاني في العلم الطبيعي المشتمل على تناهي الابعاد وماهية الاجسام السماوية والعنصرية واصناف النفوس، والثالث في تحقيق وجود واجب الوجود والصفات الكمالية المنسوبة اليه، والرابع والاخير في الترتيب والقضاء وبقاء الانفس والسعادة والشقاوة واللذة الروحانية والآيات والنبوات والقيامة. وهذه العلوم كانت تسمى قديماً علوم الفلسفة والحكمة او العلوم الكونية. ولابن العبري في الفلسفة، عدا كتاب «حديث الحكمة» هذا، ثلاثة كتب مطولة بالسريانية وهي: — كتاب «حكمة الحكم» الذي اختصره في كتاب «تجارة التجارات» كما اختصر ابن سينا «الشفاء» في «النجاة» ومؤلف ثالث اسمه «كتاب الاحداق» وترجم الى السريانية «كتاب «الاشارات والتنبيهات» لابن سينا وكتاب «زبدة الاسرار» لاثير الدين الابهري احد فلاسفة العرب المعاصرين له. ونحن لا نريد في توطئتنا هذه احصاء جميع مؤلفاته بل نكتفي بذكر ما له علاقة بموضوعنا فقط.

وقد انتقينا هذه الفصول من المخطوطة المحفوظة في خزانة اسرتنا، وهي نسخة قديمة جميلة الخط كتبت سنة ١٥٠٨ م بدير مار يعقوب بمدينة سعرت من اعمال تركيا في حقلين متقابلين الاول بالسريانية والثاني بالعربية الكرشونية اعددناها للنشر بالطبع بعد ان قابلناها على عدة نسخ منبثة في اشهر خزائن الشرق والغرب وعلقنا عليها حواشي وتفاسير وشروحات

هامة وستظهر قريباً ان شاء الله بثوب كامل من التحقيق العلمي ، وغايتنا من نشر هذه المختارات الآن هي الاعلان عن اهمية الكتاب ببيان خلاصة وجيزة من محتوياته المفيدة وقد خصصنا بها هذه المجلة الطبية نظراً لكون المؤلف رحمه الله كان من احذق اطباء زمانه كما تقدم القول فمن حقها وقد كرست صفحاتها للطب والاطباء ان تذيع قبل غيرها بعض منتوجات هذا الطبيب الذي مارس الطب في مارستان نور الدين بدمشق كما روى هو عن نفسه (١) وسنكون سعداء اذا اتاحت لنا الظروف في المستقبل نشر شيء من مؤلفاته الطبية التي لم تصل اليها يد الباحثين بعد على ما نعلم والله الموفق في كل الاحوال .

***

استهل ابن العبري كتابه « حديث الحكمة » بهذه المقدمة النفيسة :

تعاليت اللهم في ازليتك ، وتقدست من كل ذي روح في اقنوميتك ، جلت عظمتك من كل عظمة ، وحارت في قدرتك ذوو العقول والحكمة ، اهلنا اللهم لما منك يزلفنا ، وانقذنا مما عنك يبعدنا ، فانك انت الغرض والغاية ومنك يستمد التوفيق والهداية (٢)

وبعد فانّ اناساً اولي ايادٍ ، راموا ان يقفوا على شيء من اسرار الحكمة ،

(١) راجع تاريخه مختصر الدول طبعة بيروت سنة ١٨٩٠ ص ٤٨٠

(٢) يوجد فروقات زهيدة بين الاصل السرياني وبين الترجمة العربية في هذه المقدمة التي وضعها المؤلف بلغة فلسفية

بالفاظٍ واضحة الكيفية معتدلة الكمية . فاسعفتهم بذلك حسب ما جادت به القريحة ، وساعدت عليه القوة ، ولم يأب ضعف حالتي اتجارهم ، ولا قلة بضاعتي اتحافهم . فحصلت هذه التجارة السنية . والعبارة الفلسفية في اربعة ابواب والله الموفق للصواب

وقال في احكام الالفاظ ودلالتها باب ١ فصل ١ : —

كل اسم اما ان يدل على تمام مسماه كاسم الانسان على الحيوان الناطق ، او على جزء منه، كاسم الانسان على الحيوان، او على التابع اللازم الخارجي، كدلالة الانسان على الكاتب بالقوة.

والأول اما ان يكون من حيث هو واحد ، يدل على معنى واحد ، كاسم سقراط مثلاً الدال عليه ، او يدل على معانٍ كثيرة .

وتلك المعاني ان كانت مشتركة بالطبع يقال لها : — (**المتواطئة**) كالانواع مثل الانسان والفرس — المشتركة بالطبيعة الحيوانية — اي يصدق عليها اسم الحيوان وحده

وان كانت مختلفة بالطبع يقال لها : — (**المتفقة اسماؤها**) كالكوكب المشهور والمصور في الحائط والحيوان النابح المشتركة في اسم الكلب فقط

اولا يكون من حيث هو واحد ، يدل على معنى واحد مثل الصخر والحجر والصفا، الدالة على معنى واحد ويقال لها : — (**المترادفة**)

او يدل على معانٍ كثيرة كاسم كل واحد من العناصر الدال عليه ويقال لها : — (**المتباينة**) وكل واحد من هذه اما ان يدل جزؤه على جزء مسماه

ويسمى : -- (قولاً) او لا ويسمى : -- (مفرداً)

وقال في تعريف القضية واحكامها باب ١ فصل ٣ : —

والقول لما كان على خمسة اصناف : - السؤال، الدعاء ، الامر ،الطلب الجزم ،كان هذا الخامس - الجزم – هو المقصود في المنطق اذ بـه يتم الصدق والكذب ويسمى : - (قضية) وحينئذٍ كل قضية لا بد فيها من المحكوم عليه والمحكوم به . وهذان ان كانا مفردين تسمى القضية : — (حملية) مثل قولنا الانسان حيوان، وان كانا مركبين تسمى القضية : — (شرطية) والمحكوم عليه في القضية الحملية يسمى : — (موضوعاً) وفي الشرطية يسمى : —(مقدماً) والمحكوم به في الحملية يسمى(محمولاً) وفي الشرطية يسمى : - (تالياً)

وقال في تعريف القياس الاقتراني باب ١ فصل ٧ . —

القياس هو القول المركب من اقوال اذا سلمت لزم عنها لذاتها قول آخر وتسمى : (نتيجة) وينقسم الى اقتراني وهو الذي لا يكون اللازم عنه ولا نقيضه مذكوراً فيه بالفعل والى استثنائي وهو الذي يذكر فيه واحد منهما .

وقال في ابطال الجزء الذي لا يتجزأ باب ٢ فصل ١ : —

لقد توهم الذين قضوا ، ان هذه الاجسام كلها مؤلفة من اجزاء لا تتجزأ لانه لو وجد جزء صغير لا ينقسم بالفعل لصغره لكنه يكاد ينقسم وهماً . تفرض جسماً مركباً من ثلاثة اجزاء ، فالجزء الاول منها اذ منع اللذين عن

الجانبين من المماسة انقسم ذلك الجسم ، لان ما يلاقيه من احد الجانبين غير ما يلاقيه من الآخر . وان لم يمنع من التماس يلزم تداخل الاجسام بعضها في بعض ، وان كان التداخل غير محال لم يجب ان تزيد الاجزاء الواردة على المؤلف في مقداره ، فكانت قشرة البيضة الصغيرة تسع الكرة الفلكية باسرها .

وقال في الخلاء باب ٢ فصل ٥ : —

الخلاء محال ، اي وجود امتداد في خلاء غير ممكن . لانه لو كان موجوداً ، كان الخلاء بين الجسمين البعيدين اطول من الخلاء بين القريبين ، والطول والقصر هما اعراض ، فبالضرورة يقومان بجوهر ، وحينئذ يكون الخلاء جوهراً ، وكيف يكون الجوهر عدماً محضاً ، فظهر انه ليس يمكن ان يكون داخل العالم ولا خارجه خلاء .

وقال في تعريف المكان باب ٢ فصل ٦ :—

السطح الباطن من الجسم ، الحاوي المماس للسطح الظاهر من الجسم المحوي ، يدعى في العرف مكاناً . وللمكان خواص يتميز بها عن الموضوع للاعراض منها : انه ليس غير ممكن انتقال الجسم منه الى آخر مع بقائه في ذاته فالعالم اذن ليس في مكان ، لانه غير محوي في غيره لكنه مكان لما هو محوي فيه .

وقال في تعريف الحركة باب ٢ فصل ٧ : —

الحركة هي هيئة ما غير ثابتة . وتنقسم الى طبيعية ، والى قسرية ، وارادية ، كحركة الماء الى اسفل والى فوق وانتقال الحيوان من مكان الى آخر .

وقال في تعريف الزمان باب ٢ فصل ٨ : —

الكائنات يلحقها تقدم وتأخر ، وهي حدود مختلفة، والحدود لا يمكن ان تقوم بامر غير موجود لكن بموجود وهو الزمان ويحد بانه مقدار حركة الفلك ويتجزأ وينقسم الى السنين والشهور والايام والساعات

وقال في الازلية والابدية باب ٢ فصل ٨ : —

دوام الوجود في الزمان الماضي يقال له ازلية ، ودوام الزمان في المستقبل ابدية .

وقال في تعريف الهيولى (١) والصورة باب ٢ فصل ١٨ : —

اذا قلنا : — النطفة صارت انساناً لا نعني ان النطفة مكثت بحالها او بطلت بكليتها لكنا نقول : — انها خلعت طبيعة النطفة ولبست صورة الانسانية وكذلك اذا قلنا الهواء صار ماء ونحوه. فالقابل لهذه الطبائع يقال له (الهيولى) والطبيعة التي تبطل ويتجدد غيرها تسمى : (نوعاً) و (صورة)

وقال في الاستقصاءات وما يتكون عنها باب ٢ فصل ١٩ :

الاستقصاءات وما يتكون عنها لها هيولى واحدة ولهذا يمكنها ان تقبل اشكالها باسرها وهيولى السماويات ليست كذلك ولهذا لا تتشكل بشيء من اشكالها البتة .

وقال في المواليد الاربعة باب ٢ فصل ٢٠ : —

ومن اختلاط هذه العناصر اي امتزاجها تتولد المواليد الاربعة التي هي : —

(١) الهيولى كلمة مأخوذة من اليونانية ومعناها مادة الشيء وجوهره . وفي التعريفات للجرجاني : — الهيولى لفظ يوناني بمعنى الاصل والمادة وفي الاصطلاح هي جوهر في الجسم ، قابل لما يعرض لذلك الجسم من الاتصال والانفصال ، محل للصورتين الجسمية والنوعية « الناشر »

المعادن والنبات والحيوان والانسان وكلما كان المزاج اقرب الى الاعتدال المطلق الذي هو التساوي في البعد من الاطراف كان ذلك المركب مستحق القبول نوعاً لنقل اشرف اي صورةً اكمل .

وقال في تعريف قوى النفس باب ٢ فصل ٢٣ : -

القوة المولدة (١) هي التي تعزل من الجسم جزءاً يصلح ان يكون مبدءاً لكون شخص آخر من ذلك النوع بحيث يحفظ نوعما لا يدوم شخصه. والغاذية (٢) هي التي تغير الغذاء الى مشابهة المغتذى ليخلف عوض ما يتحلل منه ويسد مسده ويخدم لهذه القوة اربع قوى وهي : ١ — الجاذبة الغذاء ٢ — والماسكة المجذوب ٣ ـ والهاضمة له اعني المغيرة ٤ ـ والدافعة الفضلية . والنامية (٣) هي القوة التي تزيد في اقطار الجسم الثلاثة والتناسب الطبيعي وبهذه القوى يفضل النبات بكماله على البسائط وعلى الناقصة التركيب .

وقال في وظائف الحواس الباطنة باب ٢ فصل ٢٤ : -

الحس كالبصر مثلاً لا يمكنه ان يدرك محسوسه الا مع مناسبة ماوضعية ولهذا يزوغ عن ذلك الادراك . واما الخيال فانه يجرد المحسوس من هذه المناسبة و كذلك اذا غاب المحسوس تبقى صورته فيه لكنه لا يقدر على تجريده من العوارض الأخر، كالاين والكيف والوضع مطلقاً . فامّا العقل فانه يجرده من جميع هذه حتى انه يجعل المحسوس كأنه معقول وكذلك

---

(١) القوة المولدة (L' âme générative)

(٢) القوة الغاذية (L'âme nutritive)

(٣) القوة النامية (L'âme augmentative)

يدرك حقيقة المعاني أي جوهريتها المجردة من العوارض الغريبة عنها ادراكاً عقلياً وهذا العقل ليس قوة جسمانية كما يدل عليه البرهان .

وقال في الصورة الجوهرية التي يدركها العقل باب ٢ فصل ٢٥ : —

الصورة الجوهرية التي يدركها العقل ان كانت في جسم يجب ان يكون لها وضع خاص ومقدار خاص . وهذه تمنع ان يشترك فيها جميع الاشخاص بالسوية لانه ليس للجميع وضع واحد . ولا مقدار واحد وان اشتركت فيها الجميع بالسوية ليست حالّة في جسم لكنها في غير جسم .وهو جوهر النفس الناطقة التي ليست في مكان ولا في ذات اي جسم . واليها يشير الشاعر اليوناني اذ يقول ما معناه : — « لما احاط العقل حجابه عرفت نفسي ولما نفضت عني الكذب عاينت ذاتي فوق السماء »

وقال في حواس الحيوان الظاهرة والباطنة باب ٢ فصل ٢٧ : —

للحيوان حواس خمس ظاهرة وهي : — اللمس ، والذوق ، والشم ، والسمع . والبصر . وخمس اخرى باطنة وهي : — ١ ـ الحس المشترك ويدعى فنطاسيا (١) ٢ ـ الخيال ٣ ـ الوهم ٤ ـ المتخيلة والمفكرة (ان استعملها العقل) ٥ ـ الذاكرة .

والحس الباطن الذي هو في المشترك يدرك المحسوسات باسرها معاً ويقوم بالتمييز بان هذا الحلو هو ذلك الاصفر ، وهذا المرّ ليس ذلك اللبن وهذا ، اذا وصلت اليه صورة المحسوسات في النوم او في اليقظة اعني من الفكر او من الاجسام المحسوسة تصير محسوسة .

(١) لفظة يونانية ومعناها لوح النفس

والخيال هو خزانة هذا الحس الباطن لان قوة القبول غير قوة الحفظ فان الماء اذا قبل الصورة لا يحفظها. واما الوهم فهو الذي يحكم في الحيوانات على امور محسوسة بمعان غير محسوسة كادراك الشاة صورة البغض من صورة الذئب ولا يدرك غير معاني الاجسام فتمطمع انكاره المدركات للعقل جميعها .

واما القوة المتخيلة فهي التي تركب وتفصل التماثيل وبها تستنبط المهن والصناعات العملية .

والذاكرة هي الحافظة للاحكام الوهمية والصورية والتخيلية .

وقال في مراكز الحواس الباطنة باب ٢ فصل ٢٩ : —

تأمل حكمة العناية كيف رتبت الحس المشترك والخيال في ناحية الحواس الظاهرة اعني البطن المقدم من الدماغ ، لان من شأنها ادراك ما ينادي منها وحفظه ، ورتبت الوهم والمتخيلة والفكر في الرتبة الوسطى لانها احرز جداً واشرف وانسب بهذه القوى لان مدركاتها وهي المعاني افضل كثيراً من مدركات تلك وهي الصور المادية ، والذاكرة وضعت في المؤخر لتقبل ما يؤدى اليها وتحفظه .

وقال في كيفية اهتداء الناس الى هذه المراكز باب ٢ فصل ٣٠ : —

وانما اهتدى الناس الى معرفة المكان المختص بكل واحدة من هذه القوى من الآفات التي تعرض لكل واحدة منها اذا اصاب لاحد هذه الاماكن الم . واستدلوا على اختلاف هذه الاماكن بسلامة بعض هذه القوى عند فساد الآخر

وقال في اقسام القوة المتحركة في الحيوان باب ٢ فصل ٣١ :

القوة المتحركة في الحيوان تنقسم الى قسمين : — احداها الباعثة اعني

النزوعية ، وتنقسم الى الشهوانية التي هي الشوق الى الملائم ، والى الغضبية وهي الشوق الى دفع الغريب المنافي . وهذه القوة النزوعية تطيع القوى المدركة . والثانية الفاعلة الحركة وهي القوة المنبعثة من الدماغ بواسطة الاعصاب الى العضلات فتحرك الاعضاء اختياراً وطاعة للنزوعية (١)

وقال نافياً وجود النفس قبل البدن باب ٢ فصل ٣٣ : —

انه لا يتصور للنفس وجود قبل البدن لانها لو وجدت فاما ان توجد في ذاتها كثيرة او لا ، والاول باطل لان الكثرة اما ان تتميز بالفصول او بالعوارض ، لاجائز ان تكون بالفصول الذاتية ، والا كانت النفوس الذاتية مختلفة بالماهيات اي بالذوات ولا بحسب العوارض ، لان العوارض انما تلحق المادة وهي غير مادية وان لم يكن فيها كثرة فحينئذ اما ان تكون هي واحدة وتتعلق بابدان كثيرة وتنقسم او تتجزأ عليها . والاول غير حق والا لكان الاشخاص مشتركين في المعرفة لان مدركهم جميعهم واحد والثاني ايضاً

(١) قال يحيى بن عدي الفيلسوف السرياني المتوفى سنة ٩٧٤م في كتابه تهذيب الاخلاق طبعة القدس عام ١٩٣٠ ص ٢١ : ان للنفس ثلاث قوى وهي تسمى ايضاً نفوساً وهي : — النفس الشهوانية ، والنفس الغضبية ، والنفس الناطقة وجميع الاخلاق تصدر عن هذه القوى فمنها ما يختص باحداهن ومنها ما يشترك فيها قوتان ومنها ما يشترك فيها القوى الثلاث ومن هذه القوى ما يكون للانسان وغيره من الحيوان ومنها ما يختص به الانسان فقط . اما النفس الشهوانية فهي للانسان ولسائر الحيوان وهي التي تكون بها جميع اللذات والشهوات الجسمانية كالمآكل والمشارب والمباضعة والنفس الغضبية يشترك فيها الانسان وسائر الحيوان وهي التي يكون بها الغضب والجرأة ومحبة الغلبة ، والنفس الناطقة هي التي بها يتميز الانسان من جميع الحيوان وهي التي بها يكون الفكر والذكر والتمييز والفهم .

باطل لان الانقسام الى الاجزاء من خواص الاجسام ، ولا الاشياء غير الجسمانية

وقال في تحقيق وجود واجب الوجود باب ٣ فصل ١١ : —

كل موجود امّا واجب الوجود او ممكن الوجود . والاول الضرورة ، لازمة لوجوده والثاني لا تلزمه ضرورة الوجود ولا ضرورة العدم لذاته انما يجب وجوده، بوجود علته الفاعلية ويجب ان لا يوجد بعدمها .

وقال في العلل وانواعها باب ٣ فصل ٤ : —

العلل اربع فاعلية كالنجار ، ومادية كالخشب، وصورية كشكل الكرسي، وتمامية كالجلوس عليه.

وقال في التقدم باب ٣ فصل ١٥ : —

التقدم على اقسام اما بالزمان او بالمكان او بالنسبة او بالذات . كتقدم حركة الاصبع على حركة الخاتم وذلك انه وان كانت حركتهما معاً بالسوية واقعة لا يقال تحرك الخاتم ثم تحركت الاصبع لكن تحركت الاصبع ثم تحرك الخاتم كذلك نفهم معنى تقدم الباري، تعالى على الخليقة .

وقال في اللذة والالم باب ٤ فصل ١٥: — (١)

اللذة هي ادراك الكمال الملائم المدرك ان لم يكن مانع ولا مضاد ، والألم هو ادراك المنافي المدرك اذا لم يكن مضاد ولا مانع ايضاً. وكما ان لكل حاسة كمالاً يليق بها اعني البصر للمبصرات الحسنة البهية والسمع للمسموعات الرخيمة الشهية ، فاذن من المؤذيات العارضة لكل حاسة مما

---

(١) عرّف ابن مسكويه اللذة بقوله انها راحة من الالم وان كل لذة حسية انما هي خلاص من ألم او ذى

تـكرهها ويمكن عروضها لها وهكذا الجوهر العاقل منا اعني النفس الناطقة لها كمال خاص بها لائق بجوهرها اعني انتقاشها بالعقول المجردة وبالحق الاول تقدس وتعالى

وقال في ابطال التناسخ باب ٤ فصل ١٣ : —

فامّا ان تنتقل نفس من بدنٍ الى آخر فليس يمكن لانها ان انتقلت الى بدنٍ من جنس ما كانت فيه اما انسانٍ او حيوان غيره او نبات توجد نفسان لبدن واحد وذلك محال ، وان انتقلت الى جسم غير ذي نفس كان الغير صالح لقبول النفس،والصالح لقبولها ، وذلك اشدّ استحالةً .

وقال في الجهل باب ٤ فصل ١٨: —

الجهل اما بسيط،وهو عدم العلم مطلقاً واما مركب، وهو مع عدم العلم وجود علم مضاد له. فالجاهلون بالجهل المركب مرصدون للعذاب المدعو من الروح مؤبداً لا على سبيل الترهيب .

وقال في حاجة الانسان الى التعاون باب ٤ فصل ٢٨ : —

الانسان الواحد بانفراده يعجز بان يقوم بمصالحه جميعاً من غير مساعدة غيره . ولهذا دعت الضرورة الى الاخذ والعطاء والمعاملة بين الاشخاص. وهذه انما تتم بمقتضى الشرع، والشرع لا يُقبل الا ممن تجري على يديه آيات تدل على انه من عند ربه ما يسنه ويشرعه.فوجب في اهتمام العناية انها في كل عصر تظهر من الجبلة اي من هذا النوع شخصاً تكون هذه صفته فينبعث رسولاً الى هذا العالم ويعد حافظي هذه النواميس الشرعية لخيرات الدارين وينذر المخالفين بالعذاب ههنا وهناك .

وقال في القيامة البدنية التي ننتظرها وهي خاتمة الكتاب باب ٤ فصل ٣٠ : —

واما امر القيامة البدنية التي نحن اهل الايمان ننتظرها ونتوقعها فقد اوضحناه في كتبنا البيعية اعني كتاب : — « منارة الاقداس » و « مختصر الاشراقات » ايضاحاً شافياً ببراهينه العقلية وشواهده النقلية . وههنا نذكر امر القيامة على رأي الفلاسفة بطريق الاختصار فنقول :—

خلاص النفس من قيود البدن يدعى قيامة ، لان فيه السموات اعني (بطون الدماغ) تنفطر والكواكب (الحواس) تنتثر ، والشمس (القلب) تظلم ، والارض (الجسد) تضطرب ، والجبال (الاعضاء القوية) تسقط وتنهدم . والحيوانات (الغضب والشهوة) تنفسد ، ويقوم كل انسان باعماله اعني النفس الناطقة بما كسبته من كمالاتها في قواتها النظرية والعملية . واذا ما ذكرت ذلك المقام المفزع المخوف ، تنادي من القرار الى واهب الوجود ومانح الجود ، ينبوع البركات ، وغاية المتحركات ، نور الانوار الحسنة السفار ، وترفع طرفها اي عقلها الاول وتقول :—

أهدني بنورك (١) ، شوقني الى حسن لقائك ، اجذبني الى تلقائك ،

---

(١) ختم المؤلف رحمه الله كتابه بهذا الدعاء الجميل السبك المحكم الوضع جرياً على العادة التي كانت متفشية بين العلماء والفلاسفة الاقدمين وهي اختتام المؤلفات لا سيما الفلسفية منها بادعية تناسب المقام وقد رأينا على سبيل المثال ان نثبت هنا ملخص دعاء بليغ للامام الغزالي ختم به كتابه المسمى ايها الولد فقال : « اللهم انا نسألك من النعمة تمامها ومن العصمة دوامها ، ومن الرحمة شمولها ، ومن العافية حصولها ، اللهم صب سجال عفوك على ذنوبنا ومن علينا باصلاح عيوبنا ، واجعل التقوى زادنا ، وفي دينك اجتهادنا ، وعليك توكلنا واعتمادنا ، اللهم ثبتنا على نهج الاستقامة ، واعذنا في الدنيا من موجبات الندامة يوم القيامة ، وخفف عنا ثقل الاوزار ، وارزقنا عيشة الابرار ، واصرف عنا شر الاشرار برحمتك يا ارحم الراحمين آمين .

واسكني في ظلالك ، درعني تقواك ، عاملني بعفوك واشفاقك ، ونقني من الادناس الظلمية ، وأنرني بالصور غير الهيولية ، اسمعني نغمات ممجديك ، واخلطني بزمرة مقربيك ، ارفع عن عنقي اغلال الخطية ، واطلقني من رباط الهيولى الحضيضية ، لاني لك معترف ايها الاب واجب الوجود ، ولابنك المعلول الاول ، الصادر منك ، ولروحك القدوس الفعّال ، مانح المنح وباسط الآمال ولك يجب على كل نسمة التسبيح والتقديس بلا فتور ولا انقطاع الى ابد الآبدين آمين . « كمل كتاب حديث الحكمة »



الايام الطبية في بيروت

اقامت الكلية اليسوعية في بيروت مؤتمراً طبياً دعته الايام الطبية فلبي دعوتها ما ينيف على خمسمائة طبيب من سائر الاقطار العربية ، منهم من مثل حكومته كمصر وسورية والعراق وفلسطين ومنهم من مثل بعض الهيئآت الطبية ومنهم من دفعه الى الاشتراك بها حب الاستطلاع والفائدة الناجمان عادة عن مثل هذه الاجتماعات .

افتتحت (الأيام الطبية) بكلمة جامعة من الاستاذ كالمت مرحباً بوفود الاطباء وذاكراً نبذة تاريخية عن الطب القديم والحديث وتلاه فخامة المفوض السامي بكلمة قصيرة افتتح بها المؤتمر باسم الحكومة ، وتبعه فخامة رئيس الجمهورية اللبنانية الذي كان لكلمته الترحيبية وقع كبير جداً في نفوس الضيوف .

وبعد انتهاء حفلة الافتتاح اخذ الرسم الفوتوغرافي التذكاري وانتقل الجميع الى دار الأمومة الحديثة التي كانت (الايام الطبية) ذكرى افتتاحها وقد كانت زيارتنا لها سارة جداً لما شاهدناه فيها من ترتيب وذوق في البناء ولما توفر فيها من الوسائل التي تحتاج اليها الوالدة والرضيع . وبعد ان ذكر احد الخطباء شيئاً عن هذه المؤسسة وواضعي فكرتها وشكر من ساهموا في تحقيقها سار الجميع الى احدى قاعاتها لتناول الحلوى والمرطبات .

وفي الساعة الثالثة بعد الظهر ابتدأت البحوث الطبية والمناقشات حولها، نذكر منها الحمى التيفية والداء السكري وادواء الفطر ومعالجة السيلان البني ومواضيع اخرى متفرقة .

وفي الساعة السادسة توافد المؤتمرون الى قصر الصنوبر لتناول المقبلات والمرطبات بدعوة من فخامة المفوض السامي وعقيلته اللذين استقبلا ضيوفهما بلطفهما المعتاد . وبقي الجمع بين طعام وشراب حتى تمام الساعة السابعة والنصف اذ عزفت المارسيلياز وانصرف المدعوون مودعين كما استقبلوا . ...

وكان صباح اليوم الثاني موعداً لزيارة مخابر الكلية اليسوعية والكلية الاميركية ومستشفيات بيروت ومصحات لبنان ، فذهب كل من الاطباء الى القسم الذي تهمه معرفته حيث كانوا موضع حفاوة رؤساء الدوائر الذين كانوا بانتظارهم منذ الساعة التاسعة .

وسنأتي على ذكر هذه الزيارات مع بعض التفصيل كل على حدة اذا ساعدنا الوقت ان شاء الله .

وفي الساعة الثالثة تناول الاطباء البحث في مواضيع شتى نذكر منها: معالجة الخراجات الكبدية الزحارية والفحص الوظيفي التقارني للكلى في استسقاء الكلى الحصوي ومعالجة ذات العظم والتقي في اليفعان وهبوط المستقيم والعقم والوقاية من حمى النفاس ومعالجتها والتهاب الحشاء والتهاب الطرق الدمعية المتقيح المزمن والتراخوم ، ومواضيع اخرى عديدة .

وفي الساعة السادسة كان الاعضاء بدعوة فخامة رئيس الجمهورية في حديقة الحكومة وكان يستقبلهم بعض اعضاء الوزارة بلطف فائق ، وبعد ان

اكتمل عقد المدعوين اتجهوا نحو الموائد الأنيقة التي حوت ما لذ وطاب من انواع المشروبات والمأكولات . وقد كانت هذه الحفلة من اغنى الحفلات التي اقيمت في بيروت .

اما اليوم الثالث فقد خصص للبحوث الحيوية .

وفي الساعة السادسة منه توافد المؤتمرون الى المطعم الفرنسي بدعوة سعادة محافظ بيروت لتناول المقبلات وكانت الحفلة هذه من اذوق حفلات (الايام)

وقد تعددت المواضيع في اليوم الرابع واختلفت فمنها الجراحي ومنها النسائي . وفي الساعة الحادية عشرة زار الاطباء المتحف الوطني وفي الساعة الثانية عشرة كانوا بدعوة رئاسة مصلحة الكرنتينات

وفي الساعة الثالثة بعد الظهر عرضت بعض الافلام الطبية لشركة سباسيا وفي الساعة الثامنة والنصف كانت حفلة الختام في فندق سانت جورج .

وقد نظمت في اليوم الخامس نزهات متعددة للأرز وبعلبك ودمشق اشترك فيها بعض الاطباء

هذه لمحة مقتضبة جداً عن الايام الطبية احببنا درجها في مجلة المعهد الطبي العربي ذكرى لهذه (الايام) وشكراً لرجال الكلية اليسوعية ومن ساعدهم بهذا العمل العلمي الاجتماعي الثمين على جهودهم الكبيرة ومساعيهم المثمرة

جمال الدين نصار

❀❀❀

الوفد الطبي العراقي في دمشق

انتدبت الحكومة العراقية وفداً يمثلها في (الايام الطبية في بيروت) موءلفاً من السادة الاطباء حنا خياط مدير الصحة العام وشوكة الزهاوي استاذ الباثولوجي في المعهد الطبي العراقي ورئيس الجمعية الطبية العراقية وعا كف الالوسي مفتش الصحة العام . وبعد ان صرفوا ايام الموءتمر في بيروت عادوا الى دمشق فزاروها مكرمين اينما حلوا . وقد اقيمت على شرفهم عدة حفلات اذكر منها حفلة المعهد الطبي التي حضرها معالي وزير المعارف واساتذة الجامعة السورية والمدرسون فيها .القى الاستاذ عبدالوهاب القنواتي كلمة باسم رئيس الجامعة مرحباً بالضيوف مشيداً بذكر المرحوم فيصل والمرحوم وزيره ياسين الهاشمي الذي يعد المعهد الطب العربي اثراً من اثارهما وتمنى التكاتف والتآزر بين المعهدين الطبيين العربيين لاعلاء شأن الطب واللغة العربية . وقد خصّ وزير المعارف بكلمة شكر وتقدير للجهود الكبيرة التي يصرفها في سبيل الجامعة السورية .وعلى اثره قام الاستاذ حنا خياط فشكر رجال المعهد على حفاوتهم البالغة مشيداً بما لمعهد الطب العربي من الايادي البيض على الطب والاطباء واللغة العربية الى ان قال وادلتي على ذلك :

خريجو المعهد من الاطباء الذين كانوا في العراق مثالاً للجد والعمل وموءلفات الاساتذة التي تزداد يوماً عن يوم ومجلة المعهد التي اعدها اثمن مجموعة .وتمنى للمعهد تقدماً وازدهاراً .

جمال الدين نصار

❀ ❀ ❀

ريمون سابورو

(Raymond Sabouraud)

في اليوم الرابع من شهر شباط الماضي نعت انباء باريس الحكيم ريمون سابورو فكان لنعيه رنة حزن وأسى إذ فقد الطب بموته ركناً عظيماً من اركانه وعلماً من اعلامه النابغين الذين كرسوا حياتهم للدراسة والتتبع . ولد الفقيد في مدينة نانت عام ١٨٦٤ وأنهى دروسه الطبية في جامعة باريس وسمي سنة ١٨٨٩« طبيباً داخلياً موقتاً » في المستشفيات فوقع اختياره على مستشفى القديس لويس واشتغل في دائرة الاستاذ فيدال (Vidal) فيه: واختياره العمل في هذا المستشفى دون غيره من المستشفيات يدل على انه كان يرغب منذ اكمال دراسته في التخصص والاشتغال بالفروع التي يعنى بها هذا المستشفى وفي عام ١٨٩٠ سمي طبيباً داخلياً اصيلاً وصرف القسم الاكبر من السنة الاولى للطبابة الداخلية ليس في فرع الجراحة الذي كان مكلفاً بالمواظبة عليه بل في موسسة التشريح المرضي في ايفري(Ivry) حيث كان يستمع بشوق الى دروس الاستاذ غومبولت (Gombault)وفي مؤسسة باستور حيث كان يتابع بحماس دروس رو (Roux) ودوكلو (Duclaux) ومانشنيكوف (Metchnikoff) وباستماعه لهذه الدروس القيمة جمع ذخيرة علمية وتجهز بما يحتاج اليـه كل طبيب يود التتبع في الآتي . ثم عاد سنة ١٨٩١ الى مستشفى القديس لويس واشتغل بمعية استاذه الكبير بنيه (Besnier) الذي احبه واخلص له اخلاصاً جماً وباشارة هذا الاستاذ الفاضل بدأ سابورو سنة

١٨٩٢ بدراسة السعف (teignes) والفطور المسببة لها فكانت له اليد الطولى في هذا الفرع من الطب وتمتع بعدئذ بشهرة عالمية بسبب كشوفه المفيدة فيه وأهمها : كشف بيئة الاستنبات المركبة من سكر العنب (glucose) ومن مواد اخرى ويعرف في المختبرات باسم غراء سابورو (gélose Sabouraud) ، وكشف انواع فطور الشعر (trycophytons) وفطور الشعر الصغيرة البذور (microsporums) ودراسة كل نوع من انواعها على حدة بواسطة بيئات الاستنبات وبفضل هذه الدراسة توصل الى معرفة فطر « عقبول » الفروة (kérion) وعقبول جلدة شعر الوجه : (folliculite agminée) وان هذه الفطور تعيش في اوبار الخيل ومنها تنتقل الى الانسان . واطروحة سابورو التي تبحث في امراض الشعر وفطوره تعد من احسن الاطروحات تنسيقاً واقواها اسلوباً . ظل المرحوم بعد تقديم اطروحته في مستشفى القديس لويس كرئيس مختبر واشتغل بمعية الاستاذ الكبير « الفرد فورنيه » اكثر من سنتين تتبع في خلالهما دراسة جراثيم السيلان الدهني (séborrhée) وسعى الى كشف جرثومة داء الثعلب (pelade) . وقد قدّر المجلس البلدي في باريس تتبعاته هذه تقديراً عظيماً وعينه مديراً لمختبر السعف الذي اسسته بلدية باريس في مستشفى القديس لويس والحقته بمدرسة الاستاذ لاليه (Laillier) التي احدثتها في المستشفى المذكور خصيصاً للاولاد المصابين بالسعف كي لا يعوقهم مرضهم عن الدراسة ، وفي هذا المختبر انقطع سابورو لدراسة السعف ومعالجتها بالاشعة الكهربية المجهولة (RayonsX) بمعاونة الحكيمين : نواره (Noiré) وبينيو (Pignot) اللذين

لاقى منهما كل معونة وعطف فتوصل بمؤازرتهما له الى جعل الاشعة الكهربية مفيدةً في معالجة السعف لا يخشى من خطر ابادتها للاشعار بصورة ابدية ، وبفضل هذه الجهود التي بذلها سابورو ومعاونوه اضحت معالجة السعف لا تحتاج الى اكثر من ثلاثة اشهر بعد ان كانت تحتاج الى مدة لا تقل عن السنتين ، ولا يخفى ما لهذه النتيجة من القيمة الاجتماعية ولا سيما اذ كانت السعف منتشرة انتشاراً مخيفاً في الاوساط المدرسية. ولم تكد تتبعات سابورو تتكلل بالنجاح حتى عكف على تأليف رسالة (traité) تبحث في فطور الشعر والامراض التي تحدثها وفي كيفية معالجتها بدون ان يؤازره احد في وضعها. وهكذا انقطع الى البحث والتأليف ثلاثين سنة ونيفاً نشر في خلالها تباعاً اجزاء رسالته فصدر منها عام ١٩٠٢ الجزء الذي يبحث في السيلان الدهني في الوجه وشعر الرأس واختلاطاته كالعدة (acné) والحاصة (alopécie) وفي عام ١٩٠٤ صدر منها الجزء الثاني الذي يبحث في الامراض الجلدية المتفلسة (desquamants) كالنخالية (pityriasis) والحاصات المتقشرة (alopécies pelliculaires) وفي عام ١٩١٣ اصدر الجزء الثالث الذي يبحث في الفطور وانواعها وكيفية احداثها لامراض الجلد والشعر ثم اصدر الجزء الرابع سنة ١٩٢٨ وفيه درس نملة الفروة (eczéma du cuir chevelu) وتقيحات الادمة (pyodermites) وقد خصص الجزء الخامس من رسالته الذي صدر عام ١٩٢٩ بدرس داء الثعلب والحاصات الدائرية (alopécies en aires) التي درسها درساً مستفيضاً قيماً. وقد توج رحمه الله اجزاء هذه الرسالة القيمة بكتاب نفيس اصدره عام ١٩٣٢ دعاه (تشخيص امراض

الشعر ومعالجتها) وهو كتاب ثمين لا غنى لكل طبيب ممارس عنه . ولا يسع الانسان الا ان يقف جاثياً امام الجهود الجبارة التي بذلها الراحل العزيز لانجاز هذه الرسالة التي كانت جميع ابحاثها من ثمرة اشتغالاته وتتبعاته الشخصية وهي احسن اثر تركه الفقيد لتخليد ذكراه من بعد موته وهي مكتوبة باسلوب جميل سهلة الفهم لا يملُّ القارئ مطالعتها ولو صرف ساعات طويلة ومن اهم الاوصاف الطيبة التي كان يتحلى بها سابورو حبه للتعليم : فانه ثابر على القاء الدروس للاطباء الذين جاؤا للتخصص في مستشفى القديس لويس حتى الاسبوع الذي تقدم وفاته. والاطباء الذين حضروا دروسه قبل احالته على التقاعد في عام ١٩٢٩ يذكرون باعجاب الدروس السريرية التي كان يلقيها في مدرسة لاليه (Laillier) المخصصة بالاطفال المصابين بالسعف كما تقدم . وقد جمع هذه الدروس بعدئذ في كراس دعاه: (محادثات في امراض الجلد (entretiens dermatologiques) يرى فيه المطالع اسماء العلاجات المفيدة التي اختبر المرحوم فوائدها وتأثيراتها في امراض الجلد كماء آليبور (Eau d'Alibour) والغول اليودي (alcool iodé) وسواهما . اما في مختبر بلدية باريس الذي كان يقوم عليه فكان يتلذذ بارشاد الاطباء الذين جاؤا للتتبع او درس احد الابحاث العائدة الى الفطور. ومنذ بدأ تتبعاته في هذا المختبر كان يوصي طلابه بتكريس جهودهم لفرع واحد من فروع الطب لاتقانه جيداً لانه كان يعتقد ان الاشتغال بفروع كثيرة يضيع جهود الانسان العلمية ويمحو انتاجها. وحب الدراسة والتتبع لم يمنعا سابورو عن ان يكون فناناً ايضاً فانه كان يتأثر كثيراً بروعة التماثيل والنقوش الجميلة. حتى ان مشاهدته

للتماثيل التي تحمل افاريز الدور والقصور (Cariatides)ولاسيما بعض التماثيل في الاكروبول في اثينا جعلته يخصص شطراً كبيراً من اوقاته لنحت التماثيل والمذمّرات (Bustes) فهو الذي صنع مذمّر الاستاذ بروك (Brocq) في متحف مستشفى القديس لويس ومذمر الاستاذ جانسلم (Jeanselme) الموضوع الى جانبه وكلاهما علم من اعلام امراض الجلد في فرنسة . ومن كل ما تقدم يتبين ان الفقيد لم يكن طبيباً ومتبعاً فحسب بل طبيباً وفناناً واديباً الا انه على الرغم من هذا كله لم يكن في حياته عضواً في المحفى الطبي ولا استاذاً في المعهد الطبي حتى ولا طبيباً من اطباء الصحة في المستشفيات لانه كان يعتقد ان الوظيفة لا تمكنه من الانكباب على العمل كما يتطلبه الدرس والتتبع ولعله كان يعمل بنصيحة استاذه الفاضل رو (Roux) القائل حينما يكون الانسان احداً في هذه الحياة فهو ليس بحاجة الى ان يكون شيئاً :

ولا ريب انه احسن صنعاً ببقائه بعيداً عن الوظائف الرسمية منكباً على الدرس والعمل . ومن بواعث الألم والاسى ان شخصية سابورو الممتازة قد توارت الآن عن الانظار ابدياً . ولكن اذا مات سابورو فان آثاره لا تزال خالدةً وستبقى تراثاً للاجيال القادمة يسترشد بها من بعده . رحم الله سابورو وعزى آله وذويه وعوّض على العلم عنه برجال عاملين يحذون حذوه وينهجون نهجه .

محمد محرم

❀❀❀

الجزء ٣ المجلد ١٣

مجلة المعهد الطبي العربي

دمشق في تموز سنة ١٩٣٨ م. الموافق لجمادى الاولى سنة ١٣٥٧ هـ.

الجمعية الطبية الجراحية

جلسة الثلثا ١٤ حزيران سنة ١٩٣٨

قرئت فيها التقارير التالية :

١ — العلماء ترابو وقنواتي ومريدن : تناذر ثنائي الجانب من نموذج دوشان ـ ارب في عقب توسط جراحي على ناسور بطني رحمي المنشإ : مريضة بضعت في وضعة تراندلنبورغ لناسور تحت السرة فاصابها في عقب العملية عجز في الطرفين العلويين . وقد كشفت معاينتها العصبية بعد ١٥ يوماً ضموراً وشللاً في جذموري الطرفين العلويين وعضلات المضدين وآفات اخف في الساعدين مع تفاعل الاستحالة التام في العضلات التي تعصبها الاعصاب : المنعكس والمتوسط والكعبري . وتفاعل استحالة ناقص في منطقة الزندي والعضلي الجلدي .

فالآفة هي على ما رجح رض الضفيرتين العضديتين لان الاضطرابات

الحركية بدأت بعد التخدير مباشرة . اما آلية الرض فغامضة وصعبة التعليل

المناقشة : العليمان شابو ، ترابو

٢ ً — العليم عبد الغني المحملجي : احصاء الامراض الزهرية في مستشفى ابن زهر في السنة ١٩٣٧ : قد استنتج من معاينة المومسات العموميات والسريات في دمشق وعددهن ٤٢٠ ان نسبة السيلان فيهن ٨٧,٥٦ ./. والعوارض الافرنجية ٦,٧٢ والقروح غير النوعية ٥,٧٢ فيكون معدل السيلان بالنسبة الى السنة ١٩٣٦ قد زاد ١٢,٥٦ ./. ومعدل الافرنجي قد نقص ١,١٠ ./. ومعدل القروح غير النوعية قد نقص ايضاً ١١,٤ ./.

٣ ً — العليم شابو : خراج دماغ في رجل مصاب بالتهاب الجيوب الحاد وبحمرة الوجه : لم يكشف الخراج في الدماغ الا صدفة بالرسم الشعاعي الذي بدا فيه مجمع مدور بحجم الجوزة مستقر في الفص الجبهي . وقد كشف فتح الجثة التهاب عظم منتشراً في الغربالي الذي كان يتفتت بالمجرفة تفتتاً وكانت في صديد هذا الخراج مكورات عقدية ولاهوائيات .

المناقشة : العلماء ترابو ، شابو ، مرشد خاطر .

م . خ .

❀❀❀

تناذر ثنائي الجانب من نموذج دوشان ـ أرب

في عقب توسط جراحي على ناسور بطني رحمي المنشأ

للعلماء : ترابو وشوكت قنواتي وعزة مريدن

لنا الشرف ان نقدم لكم هذه المشاهدة الغريبة عن فتاة بضعت لناسور بطني رحمي المنشإ فظهر بعد التوسط الجراحي عجز وظيفي في طرفيها العلويين تلاه خذل وضمور في العضدين ممثلاً تناذر دوشان أرب الثنائي الجانب .

المريضة آ . ر . عمرها ٢٦ سنة كانت اجريت لها في ٢٨ ايلول سنة (١٩٣٢) عملية قيصرية اتت بولد ميت . ثم عادت الى المستشفى مصابةً بناسور تحت السرة على الخط الابيض يسيل منه دم في ايام المحيض ، دخلت المستشفى في ١٠ آذار سنة ١٩٣٨ وبعد عشرة ايام أجريت لها العملية الجراحية ، وبعد ما استيقظت من خدرها لم تقوَ على تحريك طرفيها العلويين وظلت الحالة كذلك في الايام التالية وبعد مرور اسبوعين بينت معاينة المريضة العصبية مـا يلي :

لم تستطع المريضة رفع طرفيها العلويين عن سطح السرير بل كانا يسقطان عليـه بعد رفعهما ، وكانا رخوين وجذمورا الكتفين منخمصا ـــ

ومسترخيان ، الداليتان والعضلات ما فوق وما تحت الشوك ضامرة وكذلك الحال في عضلات مسكتي العضد الامامي والخلفي . وعضلات الساعدين وان تكن حافظت على شكلها مسترخية . قوة عضلات الكتف والعضد والساعد معدومة ، حركات المنكب والعضد والساعد محدودة في الجهتين ، حركات اليد والاصابع والمعصم ناقصة ايضاً . المنعكسات العظمية الوترية : المرفقية الابرية الكعبرية والابرية الزندية معدومة . الحسيات سالمة . ابان الفحص الكهربي تفاعل الاستحالة التام في العضلات التي يعصبها المنعكس والمتوسط والكعبري وتفاعل الاستحالة غير التام في العضلات التي يعصبها العضلي الجلدي والزندي ، ويظهر من هذا ان معظم الآفات واقع في عضلات جذري الطرفين ، فالحالة هي تناذر دوشان أرب مضاعف محيطي المنشا حمل على الضفيرتين العضديتين حملة غير متساوية .

ويرجح ان يكون السبب رضاً حدث في سياق التوسط الجراحي لان المريضة شكت هذه الاضطرابات بعد التخدير العام فوراً فلو كان الامر ناجماً عن انسمام بالمخدر لما ظهرت الاضطرابات العصبية مباشرة بعد التخدير . ان المريضة قصيرة القامة طولها متر و٥٣ سانتمتراً وقد دامت العملية ساعة ونصف الساعة منها ٣/٤ الساعة في وضعة تراندلنبورغ ، فهل للزملاء ان يعللوا لنا آلية ما حدث .

المناقشة

العليم شابو : كان من المفيد ان تجرى التفاعلات الكهربية على العضلات واحدة واحدة ليعلم ما اذا كانت الآفة قد اصابت الجذوع الاولية او الثانوية من الضفيرة العضدية . فاذا كانت الضفيرة العضدية قد اصيبت في حذاء

خروجها من الاخمعية (scalène) دلت على انضغاط وقع عليها ،

العليم ترابو : ان توزع الضمور والشلل والتفاعلات الكهربية تدل فقط على ان الآفات جذرية وواقعة على الجذور الاولى التي تتألف منها الضفيرة العضدية واما الجذران الاخيران الرقبيان السادس والسابع فقد كانت اصابتهما اخف ولعل تمطط هذه الاعصاب بحسب الاتجاه الكتفي اليدوي ارجح تعليل لحدوث هذا العارضة .

❀❀❀

احصاء الامراض الزهرية

في مستشفى ابن زهر للسنة ١٩٣٧

للعليم عبد الغني المحملجي

قد وجدنا من المفيد ان ننقل للجمعية في كل عام احصاء الامراض الزهرية التي شوهدت في المومسات المعالجات في مستشفى ابن زهر بدمشق واليكم احصاءالسنة ١٩٣٧

بلغ عدد المومسات التابعات للمعاينة الصحية المقيمات في دور البغاء بدمشق (٢٤٧) مومساً منهن (٢٥) صاحبات دور

وأرسلت الشرطة الاخلاقية (١٧٣) بغياً للمعاينة لارتكابهن الفحش السري . وتبين من معاينتهن ان (١١٣) زانية كن مصابات بالتهابات بنية (غونوكوكية) مثبتة مجهرياً . وعليه تكون النسبة المئوية (٦٥،٣) .

وعولجت في مستشفى ابن زهر (٥٢١) حادثة التهاب بني و (٤٠) حادثة افرنجية و (٣٤) حادثة من القروح والائتكالات غير النوعية . فتكون النسبة المئوية (٨٧,٥٦) للسيلان و (٦,٧٢) للعوارض الافرنجية و (٥,٧٢) للقروح غير النوعية .

فاذا قابلنا هذه الارقام بارقام السنة ١٩٣٦ نجد ان نسبة السيلان زادت (١٢,٥٦) في المائة ونسبة الافرنجي نقصت (١,١٠) في المائة ونسبة القروح

غير النوعية نقصت ايضاً (١١،٤) في المائة .

وُجدت المكورات البنية مجهرياً في مفرزات الرحم فقط في (٤٦٦) حادثة وفي المفرزات الرحمية والاحليلية في (٥٦) حادثة وفي مفرزات الرحم وغدة بارتولان (Bartholin) في الحادثة الواحدة الباقية من حادثات السيلان .

ان حادثات الافرنجي كانت عبارة عن بعض عوارض ثانوية ولم تشاهد اي اصابة بالقرحة الافرنجية الاولية .

ان حادثات القروح والائتكالات غير النوعية كانت عبارة عن تقرحات وسحجات جلدية عولجت في المستشفى احتياطاً .

لم نشاهد القرحة الآينة منذ السنة ١٩٣٥ كما اننا لم نلاحظ داء نيقولا ـ فافر في المومسات .

❀❀❀

خراج دماغي في عقب التهاب

الجيوب الحاد والحمرة

للعليم شابر جراح المستشفى العسكري في دمشق

ترجمها العليم بيرقدار

الجنـدي س . دخل المستشفى العسكري بتاريخ ٦ ايار السنة ١٩٣٨ مع التشخيص التالي : « وذمة الوجه لسبب غير معين » .

المعاينة : وذمة كبيرة في الناحية فوق الحجاج اليمنى ممتدة حتى منتصف الجبهة ومشتملة على جفني العين اليمنى العلوي والسفلي وعلى قسم من الناحية تحت الحجاج ، وفي الوحشي على الحفرة الصدغية وفي الانسي على جذر الانف والجفن العلوي الايسر .

وطبيعة هذه الوذمة التهابية فهي صلبة محتقنة تحدها في المحيط حوية مرتفعة بعض الارتفاع .

ويقع اشد الألم عند الجيب الجبهي الايمن ولا يتمكن المريض من فتح عينيه ، وليس في مفرزاته المخاطية صديد غير ان غشاء الانف المخاطي في الجهة المقابلة للآفة محتقن .

ولم يبدُ قيح في مجرى الانف المتوسط بعد تخدير القرين بالكوكائين وفحصه . والجيوب سليمة كما يستدل من رسمها الشعاعي والاجهزة الاخرى كذلك

والمريض غير مصاب بالزكام .

وليس في سوابق المريض الشخصية شيء يستحق الذكر وقد بدأت الآفة الحالية منذ بضعة ايام .

عولج المريض بالتبخرات (inhalations) بعد تخدير الاغشية المخاطية الموضعي بالكوكائين وبرذاذ ماء آليبور وطلاء الناحية الملتهبة بالغول اليودي وبثماني حبات من السبتازين يومياً .

وفي ١٣ ايار سنة ١٩٣٨ لم يظهر اي اثر للتحسن . فحرارة المريض ظلت مرتفعة ومتموجة ، والوذمة امتدت وانتشرت وفي محيطها حوية بيانية وفي الوسط بدا مجمع قيحي متموج تموجاً واضحاً استخرج منه بالبزل صديد شوكولاتي نتن الرائحة كشف الفحص الجرثومي فيه المكورة العقدية المحللة للدم وجراثيم لاهوائية .

وقد كشف الرسم الشعاعي كثافة ظاهرة في جيب الفك العلوي وتكثفاً خفيفاً في الجيب الجبهي الايمن والعظم الغربالي وظلّاً شفافاً بحجم جوزة كبيرة في ملء القص الجبهي الايمن وقد عوين المريض معاينة دقيقة فلم يبدُ فيه اقل عرض دال على التهاب السحايا والمريض لا يشكو ألماً ولعله شديد التفاؤل واجوبته بطيئة ولكنها واضحة

وبعد ان رأينا الالتهاب الموضعي آخذاً في الانتشار والعلامات الشعاعية دالة على التهاب الجيوب وخراجة الدماغ قررنا اجراء العملية .

ففي ١٤ ايار من السنة ١٩٣٨ بعد ان خدرنا المريض تخديراً عاماً بالكلوروفودم وباطن انفه بالكوكائين حددنا شريحة جلدية متجاوزة الحوية الالتهابية بقيراطين

مبتدئة بمنتصف الحاجب الايسر ومنتهية فوق منتصف القوس العذارية اليمنى بستة سنتمترات فظهر العظم سليماً وكانت الآفة الالتهابية منحصرة في الادمة المتبجة انتباجاً شديداً والمحدودة بحوية واضحة وهذا الانتباج كثيف محمر مدمّى مفرقع منثقب ثقوباً ينبعث منها صديد وغازات نتنة الرائحة . ففتحنا هذه الناحية عدة فتحات بالميسم (المكواة النارية) وحددناها بخندق بالميسم نفسه .

ثم حججنا الجيب الجبهي الايمن بحسب طريقة جاك وكان التهابه خفيفاً وخطنا الشريحة بشعر فلورنسة بعد ان وضعنا في الجيب ذبالة(mèche) صغيرة وذبالة اخرى كبيرة بين الشريحة والعظم اخرجناها من شق مقابل في حذاء حافة الحجاج . وضمدنا الناحية تضميداً رطباً واكملنا المعالجة السابقة مضيفين اليها ٢٠ سم٣ من مصل فانسن حقنا بها اللحمة فتحسنت الاعراض الموضعية وهبطت الحرارة التي كانت تقاس كل ثلاث ساعات هبوطاً تدريجياً حتى بلغت الحدّ الطبيعي في ١٨ ايار الساعة الثالثة بعد الظهر .

وفي الساعة السادسة مساء من اليوم نفسه اخذت الحرارة تصعد فبلغت ٣٨,٥ وهبط النبض من ٩٦ الى ٨٠

وشعر المريض بتحسن عام والحالة الموضعية كانت حسنة ولم تظهر اقل علامة دالة على التهاب السحايا وكانت اجوبته دائماً واضحة غير انها بطيئة فتركت المستشفى بعد ان اوصيت الممرضين بمراقبته عن كثب .

فلم يمرّ اكثر من ربع ساعة حتى استدعيت على عجل وأخبرت ان المريض اصيب بعرواء ورأيته في وضع زناد البندقية ، لا يجيب على اسئلتي

وفي فمه حبة السبتازين الاخيرة التي اعطيها وكان في نقرته بعض التصلب ولم تبدُ علامات سحائية اخرى فيه، وزرع الدم ثانية فكان سلبياً .

واخذ النبض يبطيء ويضعف على الرغم من مقويات القلب المألوفة . وحقن القلب بالادرنالين، والمريض محتضر، فلم يدفع عنه الاجل المحتم الذي وافاه في الساعة السادسة والخمسين دقيقة وقبل ان يصل مصل فانسن (مائة سم٣) الذي اردت ان احقن به وريده .

فتح الجثة : الوذمة زالت والشق المقابل الذي فتح للتفجير وردي حسن المنظر. نزعت خيوط شعر فلورنسة فبدا خط الخياطة في حالة الاندمال الا في القسم السفلي منه عند جذر الانف من الجهة اليسرى حيث تفككت الخياطة وقد استعادت الشريحة كثافتها الطبيعية وزال الانتباج تماماً من وجهها الباطن ولم يكن صديد ولا أثر لالتهاب الادمة .

وبعد نزع القحف انبعثت الغازات منه بشدة وصفير وكانت الام الجافية سليمة الا في حذاء الفص الجبهي الايمن حيث كانت منخمصة ومخضرة اللون

وبعد رفع الدماغ من الامام الى الوراء وجدناه سابحاً في لجة من القيح الاخضر المتراكم في قاعدة الجمجمة والقناة النخاعية وكانت صفائح من التهاب السحايا تستر الوجه السفلي للدماغ والمخيخ ممتدة على وجهي الدماغ الجانبيين.

وبعد قطع الدماغ ظهر خراج بحجم الجوزة الكبيرة في الفص الجبهي الايمن وارتشاح في الربع الامامي السفلي لفصي المخيخ . وكان مصل عكر في البطينات التي بدت جدرها سليمة .

ولم يبدُ تثقب في طبقة القحف الامامية ولم يظهر بالعين المجردة تبدل في

الجيبين الكهفيين ولا اقل ارتكاس التهابي. ولا اي علامة لالتهاب الاوردة العينية اليمنى واليسرى .

وجت الجيوب الجبهية والفكية والوتدية فبدا فيها جميعها صديد غير ان اغشيتها المخاطية كانت قليلة الاصابة وجدرها العظمية كانت سالمة .

وعلى العكس فقد كان العظم الغربالي ملتهباً التهاباً منتشراً ولا سيما في القسم الامامي الايمن الذي كانت المجرفة تجرفه كأنه معجون الى السواد وكانت الاعضاء الاخرى سالمة الا بعض التصاقات في غشاء الجنب الايسر

والخلاصة ان هذا المريض اصيب بالتهاب جيوب حاد مصدره حمرة الوجه وقد توفي فجأة بخراج الدماغ بعد مضي اربعة ايام من اجراء عملية كان من المأمول ان تتكلل بالنجاح .

وقد هالتني شدة الداء وكنت اخشى حدوث الاختلاطات الدماغية التي كنت افتش عنها في كل يوم ولم يكشفها لنا الا الرسم الشعاعي وكنت اعلم حمة الجراثيم المرضية وما قد ينجم عن التوسط في هذه الحالة الحادة غير انني اضطررت الى اجراء العملية الجراحية وقد اتخذت جميع الاحتياطات لدرء الاختلاطات الممكنة الحدوث غير ان شدة الداء قد تغلبت على كل معالجة .

فقد وصل المريض الينا مصاباً بحمرة الوجه الواضحة ولم يبدِ الرسم الشعاعي في اليوم الاول ولا تنظير الانف في كل مدة الداء أثراً لالتهاب الجيوب ومع ذلك فان معالجة التهاب الجيب الحاد قد استعملت منذ البدء .

ولم تلفت اقل علامة سريرية انظارنا الى الخراج الدماغي لان الثالوث العرضي المألوف الدال على ازدياد الضغط المستبطن للجمجمة لم يظهر فلم

يبدِ الصداع بل ألم في الجبهة وحول الحجاج تعلله الحمرة والتهاب الجيب المحتمل الحدوث في شخص مرتفعة حرارته ولم يظهر القيء ولم يبطيء النبض . حتى ان الاختطاف (obnubilation) العقلي لم يظهر لان المريض ولو كان يبطيء في الاجابة فان اجوبته كانت صائبة ولم يبدُ فيها اقل تشوش ولا ادنى اختلاط عقلي ولا هذيان . وكان طبعه لطيفاً وهادئاً ولم يصب بدوار ولا اختلاجات ولا ابطاء نفس ولا ترارؤ ولا شلل الزوج السادس ولا توسع الحدقة .

ولم نفتش عن ركود الحلمة لانه يظهر عادة متى كان التقيح خلفياً فضلًا عن انه علامة متأخرة ولست اظنها موجودة في مريضنا .

وقد نصح كالت في اطروحته سنة ١٩٢٢ باستعمال مقياس الضغط المنسوب الى بابار لكشف ازدياد الضغط المستبطن للقحف .

وقد لخص ايفلاتون اعراض تقيح الدماغ بقوله ان المريض المصاب بخراجة الدماغ شبيه بالحيوان الشتوي فهو مصاب بهبوط الحرارة وابطاء النبض والوسن ونقص التبادلات التنفسية وهبوط الضغط الشرياني ، وضعف حس التنبه. وتظهر الحمى في دور التهاب الدماغ المنتشر وتهبط حينما يجتمع القيح واما مريضنا فقد كان مصاباً بحمرة شوشت مشهد الاعراض جميعه . وان ما يلفت الانظار فيه هو نقص خفيف في الانتباه والذاكرة . واما الاعراض الاخرى جميعها فلم تظهر او كانت الحمرة والتهاب الجيوب يحجبانها .

ولم نبزل القطن لانه ما من علامة سريرية كانت تدعونا الى اجرائه الا

حين احتضار المريض . وبعد ان ابدى لنا الرسم الكهربي الخراج لم نعد محتاجين اليه لا الى التشخيص ولا الى المعالجة .

غير اننا اخـذنا عزماً ثابتاً على بزل القطن في كل مريض مصاب بعفونة جيوب الوجه متى ظلت حرارته مرتفعة بعد المعالجة الطبية بضعة ايام ولو لم تبدُ فيه علامة دالة على ارتفاع الضغط المستبطن للقحف او على التهاب السحايا

فالعملية التي اجريناها كانت احسن ما يعمل في احوال كهذه والدليل على ذلك اننا وجدنا بعد اجراء فتح الجثة جميع الاقسام التي عالجناها سليمة ولكن لا بـد من التساؤل في أمر الخراج الدماغي وما اذا كان فتحه العاجل وافراغ الصديد منه بعد حج القحف مفضلاً على تركه وشأنه كما صنعنا؟ ان ما اخرنا عن الحج هو حمة الجراثيم الفتاكة التي صادفناها في الطبقات السطحية وخوفنا من اتصالها بالسحايا بعد التوسط الجراحي والقضاء المحتم على المريض

واني لم افكر في حجّ القحف لتخفيف الضغط الدماغي لان المريض لم يكن مصاباً باعراض تدل على زيادة هذا الضغط بل مصاباً بعفونة وقد كنا ننتظر الفرصة المناسبة بعد تحسن حالة المريض لاجل :

١ — توسيع القناة الانفية الجبهية .

٢ — خزع العظم الغربالي

٣ — تفجير الجيوب الفكية

٤ — واخيراً فتح الخراج الدماغي لو لم يفاجىء الموت مريضنا

والخطر كل الخطر في احوال كهذه كائن في العظم الغربالي الذي يقع على

ملتقى الطرق الموصلة الى اجواف الوجه والدماغ فهو اشبه شيء بمستودع باردو متى اشتعل اتصلت ناره بجميع هذه الانحاء .

المناقشة

العليم ترابو : انني آخذ عليك في مشاهدتك هذه العبارة « وكان يخيل ان المريض شديد التفاؤل » ألم يكن هذا التفاؤل في مريضك المصاب بعفونة شديدة عرضاً دالاً على آفة الفص الجبهي وهو ما يسمى مجون المؤلفين (moria des auteurs)

لقد ذكرت في مشاهدتك الاختلاط العقلي المصاب به مريضك وكان من المفيد ان تدرس هذا الاختلاط حق الدرس لان الاختلاط العقلي الذي يرافق تشوشات الفص الجبهي مؤلف بالخاصة من ضلال(désorientation) خاص وان خراجاً حجمه كالجوزة الكبيرة تبديه لنا هذه الرسوم الكهربية لا بد من حدوث بعض التخرش الهرمي فيه . ولعل تحري علامة باره (Barré) على الطرف السفلي المضاد للآفة كان قد نمّ على هذا الاختلال الهرمي وانني اعني ان في معاينة المريض معاينة عصبية نفسية كاملة الفائدة الكبيرة في حالات كهذه . وقد ذكرت حين كلامك عن معالجة المجامع الصديدية في الدماغ الطرق الجراحية المتبعة وسهوت عن ذكر استئصال الخراج كتلة واحدة كما لو كان ورماً الامر الذي لا يوافق خراج مريضك الشديد الحدة بل الخراجات التي هجعت حدتها واستقرت في اماكن سهلة المنال كالفص الجبهي. ولا تعقب عقابيل كبيرة هذا الاستئصال التام عادة .

العليم شابو : اذا كنت قد ذكرت التفاؤل في مريضي فلانني انتبهت له وعددته علامة ذات قيمة في المشاهدة التي نقلتها اليكم واذا كنت لم اعاين المريض معاينة عصبية مفصلة فلان آفته كانت جراحية قبل كل شيء

العليم مرشد خاطر : بما ان المخبر قد كشف في صديد الجراحة الجراثيم اللاهوائية الى جانب المكورة العقدية فقد كان يحسن بالزميل ان يكافحها ايضاً بالمصل المضاد للغنغرينة . واستعمال السابترين بطريق الفم وحده في حالات خطرة كهذه لا يكفي على ما ارى بل اشراك الطريقين الوريدي والفموي واجب لمكافحة العوارض الشديدة الناجمة عن الاشتراك الجرثومي.

❀❀❀

معالجة نواسير الشرج بالحقن

بالمواد المصلبة

ترجمة الطالب السيد شفيق النابا

ذكر بنسود :(Bensaude) في مجلة العالم الطبي (شهر آب من السنة ١٩٣٧) في صدد معالجة شقوق الشرج طريقة قال عنها انها « طريقة سهلة لا تحتاج الى تخدير عام او معالجة جراحية ، يجتنب بها عدم تحرك المريض وكثير من الاعراض التي قد تحدث ابان التوسط الجراحي ، فهي خليقة بالانتشار اكثر مما هي عليه في الوقت الحاضر . » . وهذا ما دعاني الى لفت الانظار الى طريقة طبية في معالجة نواسير الشرج مستمدة من طرق استاذي بنسود في مباحث آفات الشرج وهي معالجة النواسير بحقنها بالمواد المصلبة .

ولقد صممت على نشر هذه السطور لما قرأت بحثاً في عدد شهر تشرين الثاني من السنة ١٩٣٦ من مجله البراهين الطبية لـكاتبه (اوري Oury) تحت عنوان : الجراحة الصغرى في آفات الشرج ختمه بما يأتي :

« ولقد لاحظنا أخيراً ان الجراحة الصغرى وجدت مكاناً مناسباً في معالجة نواسير الشرج ، وان البعض قد استطاع سد هذه النواسير بحقنها بمحاليل مختلفة ، ولكنها طريقة لم تقم البينة على فائدتها تماماً مما يحمل على الريب في انتشار هذه الطرق الجراحية الصغرى التي أتينا على ذكرها » .

وبما اني كنت من جملة بعض هؤلاء المؤلفين الذين عناهم (اوري) بقوله وقد مارست نحو خمس عشرة سنة هذه المعالجة بالحقن بالمواد المصلبة ولاسيما في النواسير الشرجية ، فاني اعتقد ان هذه الطريقة قد ادلت بحججها فقد عادل نجاحها ٩٠ ./· من الحادثات ، واصبح من العدل ان تعيض عن التوسط الجراحي .

ويعود العهد باول ناسور شرجي سلي عالجته الى السنتين ١٩٢٣ — ١٩٢٤ فان احد الاطباء الداخليين اصيب بهذه الآفة ، فاقلقته وانصرف الى درس جميع ما كتب عنها ، ثم طلب الي ان اجرب له معالجة عن احد المؤلفين الالمان فقبلت : فاخذت احقن مجرى الناسور بحسب تعلياتها مرة في كل ثلاثة او اربعة ايام على التناوب من محلول الحامض الفيني الملون بالفوكسين ومحلول الحامض الفيني الملون بزرقة المثيل وهي محاليل كثيرة الاستعمال في مختبرات الجراثيم . وبعد عدة جلسات ليست بالكثيرة جفت النواسير وندبت في أمد قصير .

ولم تكن هذه الطريقة مجهولة في فرنسة لاني وجدت في احدى صفحات عدد من اعداد صحيفة « المعالجة الفرنسية » يعود تاريخه الى عام (١٩٢٥) بتوقيع (اد . انتوان : Ed. Antoine) . بحثاً صغيراً عنوانه « معالجة النواسير الشرجية المستقيمية بحقنها بمحاليل الحامض الفيني والفوكسين وزرقة المثيل » واليك المحاليل :

المحلول الاول :

فوكسين	٢	غم
حامض فيني ثلجي	١,٥٠ — ٢	»
غول درجة «٩٠»	١٠	سم٣
ماء مقطر	١٠٠	سم٣

المحلول الثاني :

زرقة المثيل	٢	غم
حامض فيني ثلجي	١,٥٠ — ٢	»
غول درجته «٩٥»	١٠	سم٣
ماء مقطر	١٠٠	سم٣

وكان استعمالنا لهذه المحاليل ناجحاً ، غير ان المادة المثبتة في اصبغتها التي لا تقتصر على تبقيع جلد المريض حول الناسور فقط بل تلطخ ايضاً يدي الطبيب وقفازيه والمخاقن ، واغطية منضدة العمل .وازالة هذه اللطخ عسيرة جداً ، قللت استعمال هذه العلاجات وادت الى اجتنابها وعدم الالتجاء اليها الا في الحالات الاستثنائية .

فاتجهت الافكار الى البحث عن ادوية اخرى اقل منها ازعاجاً ، ولكنا نقول ايضاً انه على الرغم من هذه المحاذير كنا نلجأ الى هذه المحاليل بين حين وآخر كما سنذكر في الآتي . وكنت استعيض في غالب الاحوال عن الزرق بالمحقنة بدلك الناسور بقطعة كبيرة من الغزي عرضها زهاء سنتمتر واحد بعد غمسها بهذه الملونات حيث اتركها زهاء (٦ — ١٥) ساعة ، ولم يكن يبدو تفاعل موضعي . وان تخضب النسج بهذه الملونات وخاصة منها محلول الفوكسين يستمر عدة اسابيع ، حتى اننا كنا نرى تخضب النسج بالمحاليل المصلبة البيض

التي سيأتي ذكرها بعد حقن الناسور بها بعد تلك المدة .

وقد عثرت صدفة على محاول آخر يستعمل للغاية نفسها حين مراجعة نتف نشرتها مجلة المطبوعات الطبية عن طبيب اجنبي استعمل محلول الكينين والاورتان ، وقد شرح الطبيب (ريسترِبو : Restrepo) في عدد حزيران من عام (١٩٣١) من المجلة الطبية التي تظهر في كولومبيا ، طريقة استعمال هذا المحلول ونتائجها في معالجة نواسير الشرج ، وهي تفضل المحاليل السابقة بكونها اسهل استعمالاً ولا لون لها . وقد انتقلت هذه الطريقة الى فرنسة وجربها فيها (رافينا ـ Ravina)و (بنزكن Benzaquen) ثم اشاعا استعمالها ونشرا بدورها النتائج التي استحصلا عليها منها في مجلة المطبوعات الطبية في تاريخ (١٣ شباط سنة ١٩٣٢) تحت عنوان « معالجة النواسير بحقنها بالمواد المصلبة » . وقد استعمل هذان المؤلفان محلول الكينين والاورتان بحسب الصيغة التالية :

كلور ماءات الكينين الاساسية	:	٠,٤٠ غرام
اورتان	:	٠,٢٠ »
ماء مقطر	:	٣ سم٣

توضع في حبابة واحدة

وبما ان الطبيب يحتاج عادة الى بضع حباب جهزت تسهيلاً للعمل المحلول التالي الذي اسميته المحلول القوي وهو :

كلور ماءات الكينين الاساسية	٢٠ غراماً
اورتان	١٠ غرامات
ماء مقطر	١٥٠ غراماً

ويجب سواء استعملت هذه المحاليل في قوارير او حباب تسخينها في ماء حار لانها ترسب في فصل البرد .

وتستخدم لهذا العمل محقنة من الزجاج تستوعب ١٠ سم٣ وهي اما محقنة عادية او ذات جنيحات او غلاف معدني ليتسنى حقن السوائل بها بشدة ، وتوضع لها اما ابر عادية ذات قطر مختلف بعد برد نهايتها وجعلها كليلة ، او مبزل صغير ، والاحسن ان تطبق عليها مسابر مخروطية الرأس قليلا وهي ما تعرف بمسابر (ديمار) .

يلقى المريض على المنضدة مستنداً اليها بركبتيه وزنديه وصدره او بوضعة (سيمس : Sims) « اضطجاع جنبي ايسر والركبتان مرفوعتان » ثم تدخل الابرة او المسبر بحسب سعة الفوهة الظاهرة ، بكل تؤدة في مجرى الناسور وعميقاً ما امكن ، ويحقن بالسائل في البدء بشدة حتى يطرد القيح والمواد الصديدية الى الخارج ، وبعد هذا الغسل البدئي تضغط الفوهة الظاهرة بالاصابع حتى تمنع عودة السائل مدة لا تقل عن بضع دقائق .

هذا ما يقال في الناسور الاعور الظاهر ، اما في النواسير التامة فان هذه المحاليل اذا ادخلت الى المستقيم قد تحدث فيه حس احتراق او تنبه حس التغوط وقد يؤدي ذلك الى الغشي . فكنت في مثل هذه الاحوال وخاصة في الحقنة الاولى استعمل محلولاً دعوته بالخفيف يتألف من نصف مقادير المحلول السابق .

كلور ماءات الكينين الاساسية	١٠ غرامات
اورتان	٥ »
ماء مقطر	١٥٠ غراماً

وعلى الرغم من هذه الاحتياطات شعر بعض المرضى باعراض عدم تحمل الكينين ، وكان يكفي لتلافي ذلك اعطاء المريض قبل الحقن قطعة من السكر قطّر عليها (١٥ — ٢٠) قطرة من محلول الادرنالين الالفي .

وهذه الحقن في مجرى النواسير لم تكن مؤلمة ابداً . ولما لم يكن من المعهود كما ذكر المؤلفون في السابق حقن محلول الكينين والاورتان في عدة نقاط حول الناسور ، لم يكن يستدعي الامر زرق الكوكائين قبل الحقن ، ولا يستعمل هذا الا في الاشخاص المتحسسين اذا ما نفذ السائل الى محل المستقيم اذ يجوز ان يدخل الى الشرج في نهاية الجلسة شيء من المراهم والتحاميل المسكنة .

ويصادف غالباً في الايام التي تلي الحقن على الضد مما ذكر ، ازدياد في الافراز يستدل منه ان محلول الكينين والاورتان يلعب دور جسم مذيب ومطهر للانسجة المريضة في مجرى الناسور فيعقبه التصلب ، ولهذا لم اكن استعمل هذا المحلول بسبب فعله المخرب والحال للمواد الا في النواسير القديمة والباردة التي لا تبدي نسجها تفاعلاً التهابياً شديداً سواء حول المجرى او في العمق . اما في الحالات الاخرى حيث يرى التفجن والاحمرار والالم بالضغط فكنت ادخل في مجرى الناسور قطعة شاش مبللة بالمحاليل الملونة التي ذكرت في السابق وخاصة منها ما احتوت على الفوكسين .

اما تصوير مجرى الناسور بعد حقنه بالليبيودول فلم تظهر له فائدة تذكر فان المحلول المصلب اذا ما حقن بضغط كاف نفذ لسيولته الى جميع المنعرجات والجيوب والرتوج ومددها تمديداً كافياً . ومع هذا فان

التصوير الشعاعي قد يكون ضرورياً في الحالات التي يشتبه فيها ان مصدر الناسور التهاب عظم العجز او العصعص ، او اتصاله بكيس في الناحية .

وبما ان الندب يجب ان يبتدىء من قعر الناسور كان من الواجب ابقاء الفوهة الظاهرة مفتوحة تماماً في الجلسات التالية ويتوصل الى ذلك بتوسيعها او بكيها بالميسم الكهربي . وينبغي عدا ذلك تخريب البرعم الخافر (sentinelle)الذي يسد غالباً الفوهة الظاهرةوخاصة في النواسير السلية .

وتعاد هذه الجلسات في كل خمسة او سبعة ايام وتختلف امد ذلك بحسب الحالات وشدتها . وقد يعجب الطبيب احياناً لشفاء نواسير عديدة ذات انفاق ثانوية وعدم شفاء نواسير اخرى وحدة ، فقد شفيت بعض النواسير بثلاث او اربع جلسات ولم احصل على شفاء نواسير اخرى باقل من ستة اشهر على الرغم من المثابرة على المعالجة . ولكن الاعراض تحسن في جميع الاحوال ويشعر المريض بالتحسن منذ البدء .

***

ما هي طبيعة هذه النواسير ؟ من الواضح انها ليست جميعها نواسير سلية ، ولكن يجب ان نعتبر ان اكثرها سلي لا كما زعم(كوفمان Kaufmann) انه لم يجد في فحصه النسيجي لسبع وعشرين حادثة الا واحدة سلية فقط . واني اعد ، بصرف النظر عن اي فحص نسيجي ،ناسوراً سلياً، كل ناسور يظهر في شخص مصاب بآفات سلية اخرى رئوية او غيرها ، والناسور الذي يشبه في بدئه وسيره وازمانه وتقيحه المظاهر السلية كما هي الحال في الناسور الذي يتلو التهاب الخصية والبربخ المزمن الذي عرفت طبيعته السلية،والناسور

التالي لالتهاب عقدي بارد .

والسبب في كثير من هذه النواسير كما اعتقد يعود الى شروط تشريحية طبيعية او مرضية في مجل المستقيم ، تبعاً لوضعة مصاريع (هوستون Houston) التي تتوضع عادة واحد في الايمن واثنان في الايسر . ويكون بين الاخيرين جوف يطل الى الباطن ، وفيه تطول اقامة المواد المتراكمة في المستقيم فتنشأ نقطة قليلة المقاومة. فهذا الاحتمال يعلل لنا سبب وقوع الناسور الوحيد في ايسر الشرج ،وهو ايضاً سبب النكس المتكرر في الشخص الواحد بعد عدة سنين . وقد عالجنا في كثير من هؤلاء المرضى نكساً او نكسين ولم يكن من هذه النواسير ما هو سلي .

وتصادف احياناً نواسير في عقب ركود التهابي في المستقيم، او حيث يتوضع داء (نيقولا فافر : Nicolas-Favre) في المستقيم او تظهر التهابات المستقيم المختلفة الاسباب . ولايضاح نسبة هذه الاسباب التي ليست لها قيمة مطلقة في احداث النواسير الشرجية ، اذكر نتيجة احصاءاتي الشخصية على عشرة نواسير عالجتها في الآونة الاخيرة فكانت كما يأتي :

اربعة نواسير باسباب تشريحية او التهابية .

ثلاثة نواسير سلية .

ناسور سببه مرض نيقولا فافر .

ناسور نجم عن ولوج جسم غريب

ناسور تلا باسوراً شرجياً .

ويستحسن في بعض الاحوال ان يردف الحقن بهـذه المحاليل المصلبة بمعالجة اضافية كالحقن بالانتيومالين (Anthiomaline) مثلًا في نواسير الشرج التالية لركود مستقيمي سببه داء نيقولا فافر ، او اعطاء شراب (جيبار) في الحالات التي تتأكد فيها الاصابة الافرنجية . ويلجأ الى هـذه المعالجة التالية خاصة في النواسير السلية ، فتنهض حال المريض العامة ويحقن بالخلاصة المتيلية لمولد الضد السلي لمعهد باستور ، ويجرى هذا الحقن بمقادير متزايدة يبدأ فيها من مولد الضد المدد مرتين في الاسبوع . واني لم اجرب لقاح (فودرمير : Vaudremer) ولا (كولوباسيلين غريمبرغ Collobacil-line de Grimberg) رغماً عما ذكره المؤلفون من نتائجها الحسنة .

ولقد استحصلت على نتائج حسنة بحقن الكينين والاورتان في نواسير اخرى في غير الناحية الشرجية ، وخاصة في احـدى الحالات عقب بضع مجمع قيحي لم اعلم ما اذا كان خراجاً او عقدة ملتهبة ، كان بين حزمتي العضلة القصية الترقوية الحلمية ، اذ ترك ناسوراً لم ينضب صديده . فكان من نتيجة الحقنة الاولى من الـكينين والاورتان ان طرحت منه كمية هائلة من النسج المتموتة ثم تلا ذلك شفاء تام .

ويمكن ان تعالج بهـذه الطريقة جميع النواسير التي ليس مصدرها بؤرة التهابية (كذات العظم مثلًا) وخاصة منها النواسير الولادية في العنق او النواسير اللعابية والمهبلية المستقيمية التي تلي الولادة الشاقة .

***

اما في المسلولين الذين يحملون نواسير عديدة متشعبة تفتح على ابعاد

مختلفة من فوهة الشرج وهي ذات منعرجات ورتوج وانفاق عديدة فلا يمكن الحكم بالشفاء التام لان النكس كثير الوقوع غير ان هذه الطريقة كان منها حتى بعد الحقنة الاولى تحسن ملموس . والشفاء الظاهر بعد عدة حقن قد يدوم سنين عديدة لا تمنع المريض عن مزاولة اعماله ولا تقعده عنها ساعة واحدة .

وفضلاً عن وجوب الاحتفاظ بانذار النواسير السلية، فان جميع النواسير التي عالجتها قد ندبت ، ولكن رغماً عن اني لم اصادف خيبة فان هذا ممكن ومع ذلك فاني اجزم ان ما لا يشفى من النواسير بهذه الطريقة لا يمكن ان يشفى بالتوسط الجراحي اية كانت الطريقة المتبعة سواء في ذلك الطريقة الدرسية بشق طول الناسور على المسبر المقنى حتى العمق، او الارجح بحسب طريقة (كوفان) الحديثة . والنكس في الحال الاولى كثير والندبة منخفضة ومزعجة اذا لم تسبب عدم استمساك المصرة . وتستلزم الحال الثانية جميع ما يقتضيه التوسط الجراحي من تخدير عام واقامة طويلة في المستشفى وضمادات مكررة وخطرها محيق بالمصرة ايضاً .

وهكذا بدأ ظل الجراحة المدماة بالتقلص شيئاً فشيئاً في الآفات الشرجية المستقيمية الصغيرة ، كالبواسير والاورام القنيبطية والشقوق والنواسير وغيرها ، اذ دخلت منذ الآن نطاق الجراحة الصغرى وعادت الى حظيرة الطب العام .

م . برتومو

❀❀❀

التراص الدموي المثلي

(Iso hémo- agglutination)

الزمر الدموية ، استعمالها في الطب الشرعي

(Groupes sanguins , et leur application en médecine légale)

ان دراسة المصول الطبيعية ، وهي فرع من مبحث الجراثيم ، مكنت الباحثين من كشف خصائص نوعية في دم كل حيوان لا تقتصر على تمييز جنس ذلك الحيوان عن جنس آخر فحسب، بل تتعداه الى تعيين الفرد الواحد وتمييزه عن الاخر في الجنس نفسه ، ولا سيما في الانسان الذي هو موضوع هذا البحث .

كما ان هذه الدراسة قد وضعت تعليلاً صحيحاً لتلك الحوادث الصاعقة التي كانت تنجم فيما سبق عن نقل الدم سواء أ كان من الحيوان الى الانسان او من الانسان الى الانسان الذي نصح به بعض الاطباء المتقدمين لانقاذ حياة النزيف المشرف على الموت . ولكن خطر هذه الطريقة بالموت الآني كان يفوق سلامتها مما دعا الى اهمالها ثم الرجوع اليها مرات عديدة حتى كان بورده (Bordet) ،ولم يمض عليه نصف قرن ، الذي كشف النقاب عن سر هذه الظاهرة العجيبة ، فقد اظهر ان المصل العائد الى حيوان ما يرصّ اجمالاً الـكريات الحمر العائدة الى حيوان آخر من جنس مغاير .

على ان تحريات « لاندستينر » (Landsteiner) وسعت حدود هـذا البحث وفتحت له شعباً ومسالك جديدة ، فقد ابان ان فعل المصل الراص لا ينحصر أثره في الكريات الحمر العائدة الى جنس مغاير فقط بل يتعداه الى الكريات الحمر العائدة الى شخص آخر من الجنس نفسه — بل من النوع نفسه - فسمي بالتراص المثلي (Iso-ag.) وبما ان موضوع هذا التراص هو الدم فيكون اسمه التراص الدموي المثلي (Iso-hémo-ag) . كما ان اختلاف ظهور هـذا التراص بين شخص وآخر ادى الى كشف الزمر الدموية المختلفة (groupes sanguins)كما سيأتي :

من المعلوم ان الدم يتألف من مصل تسبح فيه العناصر المصورة التي من جملتها الكريات الحمر ذات الفعل الحيوي الهام، وهو تأمين نقل مولد الحموضة المكتسب بفعل الاستدماء من الرئة الى سائر انحاء البدن . كما ان لها خاصة التطبق وخاصة اخرى هامة وهي ارتصاصها بشكل كتيلات صغيرة بتأثير المصول الغيرية نوعية كانت هذه المصول ام غير نوعية والى هذه الخاصة يستند تصنيف الزمر الدموية .

اما المصل فله خصائص حيوية متعددة يمكن اعتبار بعضها نوعيـة او شخصية تميز شخصية الفرد الواحد عن ابناء جنسه ونوعه. فمن هذه الخصائص المرسبة او الترسب (Précipitation) والتندف (Floculation) وتثبيت المتممة (fixation du Complément) والارتكاس الطهوي (réaction opsonique) وخاصة التراص (agglutination) وهذه الاخيرة اهم الجميع وهي الواسطة في معرفة الزمر الدموية وتشخيصها ويشترك كل من المصل

والكريات الحمر في آلية حدوثها .

الحد : يطلق اسم التراص على العمل الذي تظهر به الكريات الحمر بشكل كتيلات صغيرة غير منتظمة اذا اضيف اليها شيء من المصل الطبيعي ، لجنسها او لغير جنسها ، على ان يكون هذا المصل غيرياً لا ذاتياً ، ومعنى ذلك ان الكريات الحمر العائدة الى انسان ما لا يمكن ان ترتص مطلقاً بمصل ذلك الانسان نفسه والا لاستحالت عليه الحياة لعدم موافقة المصل للكريات الحمر السابحة فيه كيما تؤدي عملها الحيوي. وعدم الموافقة هذه وحصول التراص بسببها هو السبب في حصول حوادث الموت الفجائي في اثناء نقل الدم .

آلية التراص Mécanisme : قلنا ان كلاً من المصل والكريات الحمر يشترك في آلية حصول التراص وذلك ان في المصل مادة تدعى الراصة (agglutinine) تفعل فعلها بالاشتراك مع مادة اخرى توجد في الكريات الحمر وتدعى مولدة الراصة (agglutinogène) ولكل من هاتين المادتين او هذين العاملين خصائصه واوصافه .

١ — الراصة (agglutinine) : توجد في المصل وفي غيره من سوائل البدن والمفرزات بصورة طبيعية فعدا وجودها في المصل الدموي توجد في المني واللعاب واللبن واللباء والسائل الدماغي الشوكي وفي العرق والمخاط الانفي والمهبلي وفي البول والقيح وسوائل النتحات كالحبن وانصباب الجنب والخ . وهي سهلة التلف فلا تحمل الحرارة العالية بل تخرب بالدرجة ٦٥° — ٧٠° (سيرا كوزا (Siracusa) وتفسد بالتفحم (Carbonisation)

كما انها تفسد بالتعفن والتفسخ والقدم .

٢ — مولدة الراصّة (agglutinogène): توجد في النسيج الشبكي للكريات الحمر وهي على العكس من الراصة اكثر منها مقاومة للتفسخ (بالميري . Palmieri) واشد احتفاظاً بخصائصها مع الزمن واكثر تحملاً للحرارة فهي تقاوم حتى الدرجة ١٠٠° (لات Lattes) .

اما في البدن الحي فكل من هذين العنصرين يحتفظ بقوته ونشاطه ونوعيته احتفاظاً تاماً طيلة ايام الحياة فلا تؤثر فيه الامراض والاعراض الطارئة ولا الاغذية المختلفة ولا يبدله تبدل البيئة واختلاف شرائط الحياة ابدا وعلى ذلك فالخاصة الراصة ثابتة لا تتغير ما دامت الحياة ويمكن ان تكون علامة شخصية واسمة للانسان او للفرد مدى حياته . وفوق ذلك فلها صفات الانتقال الارثي من الآباء الى الابناء والحفدة خاضعة في ذلك للقوانين الوراثية التي ذكرها ماندل كما اثبت ذلك فون دونغرن (Von Dungern) وهيرزفلد (Herzfeld) وغيرهما

فالتراص يحدث بتأثير الراصة التي هي بمثابة الاضداد ومولدة الراصة التي هي بمثابة مكونات الضد (Anticorps et antigène) .

على انه يجب ان لا يغرب عن الذهن ان مولدة الراصة لا تؤثر الا مع الراصة الغيرية المغايرة لها والا لحصل التراص في كل كريات حمر تحوي مولدة الراصة بتأثير كل مصل يحوي الراصة .

فالدم والحالة هذه يلعب الدور الاول في تعيين الهوية الشخصية لكل فرد بالنظر للزمرة العائد اليها .

الزمر الدموية وتصنيفها

(groupes sanguins et leur classification)

تعمق لاندستينر في درس الخاصة الراصة التي اظهرها بورده فأدت به تجرياته الى كشف ثلاث زمر دموية في الانسان بالنظر لحصول التراص او عدمه رمز اليها بالأرقام ١ ، ٢ ، ٣ . فمصل الزمرة الاولى يرص كريات الزمرة الثانية ولكن مصل هذه الاخيرة لا يرص كريات الزمرة الاولى بل يرص كريات الزمرة الثالثة ، اما الزمرة الثالثة فترتص كرياتها الحمر في كل من مصل الزمرتين الاولى والثانية . على ان العالمين دوكاستل (Ducastelle) وستورلي (Sturli) لاحظا ان مصل بعض الأشخاص لا يحوي الراصة ابداً وكل نتيجة للتراص بهذه الزمرة من المصول، كانت سلبية . وقد اخذ كل من جانسكي (Jansky) في السنة ١٩٠٧ وموس (Moss) في السنة ١٩١٠ هذه الملاحظات بعين الاعتبار فقالا بوجود زمرة رابعة لا يرص مصلها الكريات الحمر لاية زمرة كانت .

وجل ما هنالك من اختلاف بين المؤلفين هو من حيث الصفة والترتيب العددي والاحصاء فهي بالنظر لجانسكي على النمط الآتي :

I , IV , III , II . اما بالنظر لموس فهي :

IV , I , III , II .

اما التصنيف المعتبر حالياً والصفة المرجحة فهي التي وصفها كل من دونغرن وهيرزفلد في السنة ١٩١٠ المبنية على المعلومات التالية :

ليس تفاعل التراص الا صورة حقيقة لتفاعل المناعة ولكنها مناعة طبيعية

وليست اصطناعية . والتراص اما نوعي يحتفظ به الجنس فيتميز عن الاجناس الاخرى كارتصاص الكريات الحمر للانسان بالمصول الحيوانية وهـذا هو التراص الغيري (hétéro-agglut) او تراص مثلي يحتفظ بـه العرق وهو التراص المثلي (Iso aggl) وهو الاساس الذي بنى عليه هذان العالمان تصنيفهما للزمر الدموية .

فهما يفرضان وجود نوعين لمولدة الراصة في الكريات الحمر يرمز لأحدهما بالحرف A وللآخر بالحرف B فبناء على ذلك تكون الكريات الحمر حاوية لعامل A أو لعامل B وقد تكون حاوية للعاملين معاً B و A على ان هنالك زمرة لا تحوي شيئاً من مولدة الراصة وهي كريات معتدلة لا ترتص بمصل من المصول ابداً وبذلك تؤلف زمرة مستقلة هي زمرة « صفر 0 » المعطي العام (donneur universel).وبذلك تكون الزمر اربعة(A , B , AB , O).

اما في المصل فتوجد الراصة الموافقة لمولدة الراصة الموجودة في الكريات الحمر (aggl. correspondante). ومعنى ذلك كما اوضحه « دونغرن » انها لا تفعل فعلها الا بمواجهة مولدة الراصة الاجنبية. فالدم والحالة هذه لا يحوي الاجسام الضدية المضادة لمولدات الضد الكائنة في كرياته الحمر .

وهما اي دونغرن وهيرزفلد يفرضان وجود نوعين للراصة هما (Alpha) الفا و(Béta) باتا . فمصل البعض يحوي الراصة الفا ومصل البعض الآخر يحوي الراصة باتا ومصل البعض يحوي النوعين معاً كما ان هنالك زمرة لا يحوي مصلها راصة مطلقاً وهي زمرة « صفر »0 أو الآخـذ العام (receveur universel) وكما في مولدة الراصة فان الراصة الموجودة

في المصل تكون موافقة لها كما تقدم فاذا كانت مولدة الراصة من نوع A مثلاً كانت الراصة في المصل من نوع بانا وبالعكس اذا كانت مولدة الراصة من نوع (B) كانت الراصة من نوع (Alpha) فعلى ذلك يكون تركيب الدم الطبيعي كما يلي في الزمر الاربعة :

١	٢	٣	٤
A.Beta	B.Alpha	AB.O	O. Alpha Béta

اما ترتيب الزمر الاربعة بالنسبة الى المؤلفين فيكون كما يلي :

Dungern Herzfeld	Jansky	Moss
A. Beta	II	II
B. Alpha	III	III
AB.O	IV	I
O.Alpha Beta	I	IV

نظرية الزمر الدمية والزمر الضمنية

(Théorie des groupes et sous groupes)

تظهر كل زمرة من الزمر الاربع بمظهر يميزها عن الزمرة الاخرى وهناك زمر فرعية او ضمنية يميزها اوصاف خاصة ايضاً عن الزمر الاساسية وسنبحث في كل زمرة على انفراد .

١ : زمرة (O.Alpha Beta) المعطي العام (Donneur universel)

لا تحوي الكريات الحمر في هذه الزمرة شيئاً من مولدة الراصة فهي لا ترتص بتأثير اي مصل انساني من اية زمرة كان. اما المصل فيحوي نوعين من الراصة فهو يرص الكريات الحمر لسائر الزمر الا زمرته العائد اليها . فبناء على الخاصة الاولى يمكن ان ينقل دم افراد هذه الزمرة لأي انسان كان،

وبناء على الخاصة الثانية لا يمكن ان ينقل اليهم الا دم افراد زمرتهم المماثل

٢ — : زمرة (B Alpha) : هي التي تحوي كرياتها الحمر مولدة الراصة B ومصلها الراصة (Alpha) ولذلك فان كرياتها الحمر ترتص بالمصل الذي يحوي الراصة (Beta) فهي ترتص بزمرة (O· Alpha Beta) وبزمرة (ABeta) اما مصلها فيرص الكريات الحمر التي تحوي مولدة الراصة A فهو يرص كلاً من الزمرة (AB.o , A.Beta) .

٣ — : زمرة (Beta) :تحوي كرياتها مولدة الراصة A ومصلها الراصة Beta فهي ترتص بتأثير المصل الذي يحوي الراصة (Alpha) فترتص بدم الزمرة B.Alpha والزمرة AB.O .

٤ — زمرة AB.O تحوي كرياتها الحمر كلاً من مولدة الراصة B,A فهي ترتص بمصل سائر الزمر الباقية A.Beta ,B.Alpha ,O. Alpha Beta اما مصلها فلا يحوي الراصة مطلقاً ولا يرص الكريات الحمر لاي نوع كان وعلى ذلك فلا يمكن نقل دمه لغير زمرته وينقل دم سائر الزمر وهو الآخذ العام (receveur universel) .

اما الزمر الاخرى الاضافية او الضمنية فهي مندمجة في هذه الزمر الاساسية وهي في الحقيقة متفرعة عنها ، فقد يشاهد في بعض افراد الزمرة الواحدة بعض خصائص تختلف من حيث كيفية التراص . وقد عزي هذا الاختلاف في الخصائص الى وجود نوعين اضافيين لمولدة الراصة فقد تشاهد في زمرة A مثلاً عناصر A^1 , A^2 وذهب كل من المؤلفين : لات ، كافازوتي ، مينو ، الى وجود خصائص اخرى في بعض الكريات الحمر

تكثر او تنقص من قدرتها الماصة للمصل او بالاحرى تكون اكثر او اقل تحسساً بتأثير الراصة . وقد اعتبروا هذا الاختلاف كمياً في البدء اي يختلف التراص باختلاف كمية العناصر الفعالة فيه . على ان التتبعات الاخيرة ابانت لهم ان هذه الخصائص الاضافية تختلف من حيث التراص اختلافاً كيفياً تابعاً لطبيعة تلك العناصر الاضافية لا كمياً تابعاً لكميتها وزاد على ذلك لاندستينر ان للزمرة الضمنية صفات الزمرة الاصلية A نفسها مضافة اليها الصفات الاضافية A^1 ، A^2 . وبين فريدنريخ (Freidenreich) ان هذه الانواع لمولدة الراصة تفعل فعلها بمواجهة نوعين من الراصة مضادين لمولدة الراصة A^1 ، A^2 وهما $Alpha^1$, $Alpha^2$ الموجودان في المصل Alpha ايضاً . وهكذا الامر في بقية الزمر .

وقد ذكر لاندستينر ، ولافين سنة ١٩٢٦ – ١٩٢٧ وجود زمر اخرى متميزة تماماً عن الزمر السابقة نظراً لوجود بعض الخصائص في الدم ايضاً . وذكرا ايضاً ان الدم الذي يحوي عناصر مولدة للراصة A او B كما انه يحوي عناصر الراصة الموافقة لها يمكن ان يحوي في الوقت نفسه مولدات اخرى للراصة (agglutinogène) هي بمثابة مكونات الضد (antigène) ولكنه لا يحوي شيئاً من الراصة التي توافق هذه الاضداد الاخيرة اي انه لا يحوي الاضداد الطبيعية (anticorps naturels)

وقد استفيد من هذه المعلومات بان استخدمت تلك الخصائص المختلفة مجتمعة باستعمال مصل الارنب المنع بحقن صفاقه بكريات حمر انسانية من زمر مختلفة واعتبر نوعان لمولدة الراصة رمز لاحدها بحرف M وللآخر بـ N لا بد

من وجودها في كل دم منفردة او مجتمعة وعلى هذا تتكون زمرة M وزمرة N وزمرة MN اما نسبة وجودها فهي في الاوربيين كما يلي .

M	٣٠	٪
N	٢٠	٪
MN	٤٠	٪

اما في غير الشعوب الاوربية فلم تدقق هذه النسب بعد غير ان لاندستينر ولافين لاحظا وجود عناصر اخرى تختلف عن هذه العناصر تؤلف زمرة مستقلة رمز اليها بحرف P ويكثر وجودها في الزنوج وهناك كثير من المؤلفين فرق كثيراً من الزمر فميز شيف (Schiff) زمرة H,g وفرق فوروهاتا (Furuhata) زمرة«Q» ولا تزال هذه الزمر تزداد عدداً كلما ازداد البحث وتقدمت الوسائط ودقت الملاحظات والمشاهدات .

نمو الزمر الدموية وثباتها

(Developpement des groupes sanguins)

يبدأ ظهور الزمر الدموية في الجنين منذ الشهر الرابع او الخامس من الحياة حيث تظهر مولدة الراصة في الكريات الحمر منذ هذا الزمن اما الراصة فيتأخر ظهورها في المصل الى اواخر ايام الحياة الجنينية حتى انها تكون ضعيفة في بدء الحياة خارج الرحم . تأخذ تتكامل تدريجاً اما زمن ظهورها تماماً فلم يحقق بعد .

على ان الشيء الثابت هو ان هذه الخصائص متى تكاملت في الانسان

وتحققت زمرته التي هو منها ثبتت هذه الزمرة طيلة ايام الحياة بدون تغير او تبدل مهما اختلفت المؤثرات الطبيعية والطوارىء المرضية ومهما تبدلت شرائط الحياة واشكالها . اما ما ذكره بعض المؤلفين الفرنسيين من حدوث بعض التغيرات في الزمر الدموية وظهور بعض التطور فيها فلا يستند الى براهين صحيحة تؤيده وسببه عدم التقيد بالشروط والاحتياطات اللازمة . كما ان هناك اخطاء كثيرة في نسب الاحصاءات ، ويعزو العالم مورو (Maureau) هذه الاخطاء الى الاسباب الآتية :

ا : العدد المحدود للاشخاص المفحوصين والمعينة زمرهم بالنسبة الى الآخرين .

ب : عدم صفاء العرق بسبب اختلاط العروق والاجناس البشرية بعضها بالبعض الاخر .

ج : عدم التحقق من صحة الابوة وسلامتها بسبب الخيانة الزوجية في بعض الاحيان .

د : استعمال مصل خفيف او كريات حمر قليلة الارتصاص .

فمتى اشتبه بتبدل الزمر الدموية يجب ان ينظر الى هـذه الامور بعين الاعتبار لاجتناب الخطإ . « للبحث صلة »

الدكتور

انور دويدري

الطبيب الشرعي من جامعة باريس

والطبيب الشرعي بحلب

كتاب منهاج الابدان

في ما يستعمله الانسان

للطبيب السرياني

يحي بن عيسى بن جزلة المتوفى سنة ١٠٨٠ م

للاستاذ

مراد فؤاد جلبي

توطئة

لما اسس المنصور الخليفة العباسي مدينة بغداد سنة ١٤٨ هـ الموافقة لسنة ٧٦٥ م ، أصيب بمرض في معدته لم يستطع اطباؤه معالجته، فاستقدم الطبيب السرياني ، جورجيس بن بختيشوع ، من مدرسة جنديسابور وعينه طبيباً ملكياً ، ومنذ ذلك الحين توارث السريان وظيفة التطبيب في قصور الخلفاء زماناً طويلاً ، واصابوا فيها منزلةً رفيعة ، ومنذ ذلك الحين ايضاً اتصلت قصور الخلفاء بمدرسة جنديسابور ، حتى ان الرشيد امر جبريل بن بختيشوع ان يؤسس في بغداد بيمارستاناً على نمط بيمارستان جنديسابور وتقلد رئاسته اطباء جنديسابور السريان وتلامذتهم .

والقسم الاعظم من هؤلاء الاطباء السريان ، عدا انقطاعهم الى معالجة الخلفاء وتدبيرهم ، قاموا بنشر الفلسفة اليونانية وخاصة الافلاطونية الحديثة ، في العراق وما حوله ، ونقلوا الى السريانية والعربية مع بقية نقلة السريان

وسواهم اشهر المؤلفات والمصنفات اليونانيـة في الطب والفلسفة والعلوم عنتهى الدقة والامانة فخدموا بذلك الآداب العربيـة والطب العربي اعظم خدمة .

قال الاستاذ براون في كتابه الطب العربي : « نريد بالطب العربي تلك المجموعة من المبادىء الطبية المدخرة والمكنوزة في مؤلفات وضعت باللغة العربية ولكن الجانب الاعظم منها يونانية الأصل . وقد تم نقل معظمها الى العربية رأساً او بوساطة السريانية تحت رعاية نيرة من الخلفاء العباسيين في بغداد ما بين منتصف القرنين الثامن والتاسع للميلاد على ايدي علماء مهرة مدققين اغلبهم لم يكونوا عرباً ولا مسلمين بل كانوا من السريان او اليهود او الفرس . وهذه المجموعة كانت في خلال القرون المظلمة المنهل الرئيس الذي استقت منه اوربا جميع ما كان لديها من الافكار الفلسفية ، وعليها انصب الطلاب الغربيون بحماس زائد لما انقطعت عنهم الينابيع اليونانية بعد اربعة او خمسة قرون فاعادوا لها مركزها ولكن بثوب لاتيني جديد والطب العربي يوناني الاصل مع بعض اضافات هندية وفارسية وسريانية وليس فيه من نتاج الفكر العربي سوى الجزء الضئيل » (١)

ومن جملة الاطباء السريان الذين انقطعوا لخدمة الخلفاء بالمعالجة والتدبير والتأليف ، يحي بن عيسى بن جزلة الذي اشتهر في بغـداد في القرن الحادي عشر للميلاد . وخلاصة ما اتصل بنا من اخباره نقلاً عن القفطي وابن

(١) انظر Arabian Medicine By Edward Browne P. 2

العبري وابن ابي اصيبعة (١) ، : — « انه كان رجلاً نصرانياً بغدادياً في ايام الخليفة العباسي المقتدي بامر الله (١٠٧٤ — ١٠٩٤ م) وقد جعل باسمه كثيراً من الكتب التي صنفها وكان من المشهورين في علم الطب وعمله ، يكتب خطاً جيداً مستوياً ، له نظر في علم الادب ، وقد رأى ابن ابي اصيبعة بخطه عدة كتب من تصانيفه وغيرها تدل على فضله وتعرب عن معرفته . قرأ ابن جزلة الطب على نصارى الكرخ الذين كانوا في زمانه ، و اراد قراءة المنطق فلم يكن في النصارى المذكورين في ذلك الوقت من يقوم بهذا الشأن ، وذكر له ابو علي بن الوليد شيخ المعتزلة في ذلك الوقت . ووصف بانه عالم بعلم الكلام ومعرفة الالفاظ المنطقية ، فلازمه لقراءة المنطق فلم يزل ابن الوليد يحسّن له الاسلام حتى استجاب واسلم ، فسرّ باسلامه ابو عبدالله الدامغاني قاضي القضاة يومئذ ، وقرّبه وادناه ورفع محله بان استخدمه في كتابة السجلات بين يديه ، وكان مع اشتغاله بذلك يطبّ اهل محلته وسائر معارفه بغير اجرة ولا جعالة ، بل احتساباً ومروءة ، ويحمل اليهم الادوية بغير عوض . ولما مرض مرض موته وقف كتبه لمشهد الامام ابي حنيفة توفي سنة ٤٧٣ هـ الموافقة لسنة ١٠٨٠ م واما سنة ولادته فغير معلومة وله من التصانيف : —

١ً — كتاب « تقويم الابدان » وضعه مُجَدْولاً للمقتدي بامر الله نسخه مثبتة في اشهر المكاتب منها نسخة في المكتبة الملكية بمصر واخرى

(١) راجع مختصر الدول لابن العبري طبعة بيروت ص ٣٣٩ وتاريخ الحكماء للقفطي طبعة ليبسك ص ٣٦٦ وطبقات الاطباء لابن ابي اصيبعة الجزء الاول طبعة مصر ص ٢٥٥

بالمكتبة الشرقية للآباء اليسوعيين في بيروت .

٢ً – كتاب « منهاج البيان في ما يستعمله الانسان » وضعه ايضاً للمقتدي بامر الله نسخه معروفة في المكاتب وسيأتي وصفه .

٣ً – كتاب « الاشارة في تلخيص العبارة » وما يستعمل من القوانين الطبية في تدبير الصحة وحفظ البدن لخصه من كتاب تقويم الابدان .

٤ً – رسالة في مدح الطب وموافقته الشرع والرد على من طعن عليه

٥ً – رسالة كتب بها لما اسلم الى ايلياء القس وذلك في سنة ٤٦٦ هـ.

* * *

وكتابه منهاج البيان هذا ، مؤلف طبي نفيس جزيل الفائدة، حسن العبارة لطيف الاشارة ، مبوب احسن تبويب على الطريقة الابجدية ، يتضمن وصف المفردات والاغذية والاعشاب الطبية . مع بيان خواصها ومنافعها وطرق استعمالها وفوائدها شبيه بكتاب ديوسقوريدس وبمفردات الغافقي وابن البيطار يذكر المؤلف في الباب الاول منه جميع المفردات المبدوءة بحرف الالف فيصفها وصفاً لطيفاً دقيقاً وضعه للخليفة المقتدي بامر الله كما تقدم القول منه نسخة خطية حسنة في المكتبة الاهلية الظاهرية بدمشق اطلعنا عليها حديثاً في اثناء مطالعاتنا فافردنا لها هذا المقال لوصفها وايراد مقتبسات منها بعد ان مهدنا لها بايراد لمعة في سيرة موءلفها واخباره .

وسمت المخطوطة الظاهرية بالرقم $\frac{١٠٧}{٣١٦٨}$ وهي مجلدة تجليداً شرقياً بورق مقوّى ازرق اللون بالي كعبها من الجلد الاحمر طولها $\frac{١}{٢}$ ٢٣ سنتيمتراً

وعرضها١٦سنتيمتراً مكتوبة بخط جميل على ورق عادي بالحبر الاسود اما اسامي المفردات والعناوين فبالحبر الاحمر وبالاحرف الغليظة ناقصة الورقة الاولى موءلفة من(٢١٦)صفحة في كل صفحة٢٧سطراً وفي كل سطر ١٤ كلمة تقريباً قليلة الاغلاط مقسمة الى جزئين ينتهي الجزء الاول منها في آخر الصفحة ٦٨ ويبدأ الجزء الثاني من الصفحة ٦٩ فصاعداً من كلمة (زاج) والصفحة الاولى منها تبدأ بهذه العبارة : — « حار يابس حرارته في الدرجة الاولى ويبسه في الثانية » ويلي هذه العبارة شرح كلمتي (اسفيداباج) و (اسقيل) . وقد جاء على غلافها من الداخل اسم الكتاب وموءلفه كما يأتي : « منهاج البيان في الطب تأليف الرئيس الأجل ابي العباس يحيى بن عيسى بن جزلة كتب سنة ٩٦٢ هـ (١٥٥٤م)وختمت الصفحة الاخيرة من المخطوطة بهذه العبارات : — « تمّ كتاب منهاج البيان فيما يستعمله الانسان ولله الحمد كثيراً ، كما هو اهله(ثم كلمات غير مقروءة) وبعدها ـ وصلوا على سيدنا محمد النبي وعلى آله وصحبه وسلامه ـ وحسبنا الله ونعم الوكيـل ولا حول ولا قوة الاّ بالله العلي العظيم وكان الفراغ من نسخه صبيحة الاربعاء ، الرابع والعشرين من شهر الله محرم الحرام من شهور سنة اثنتين وستين وتسعمائة هجرية على مشرفها السلام بقلم العبد الفقير المحتاج الى رحمة ربه زين الدين بن احمد بن السيد ثابت الحسيني غفر الله له ولوالديه ولجميع الموءمنين والموءمنات المسلمين والمسلمات الاحياء منهم والاموات والحمدلله وحده الخ » ويلي ذلك فوائد مختلفة .

وهاك مختارات اخذناها من ثلاثة ابواب من ابواب الكتاب على سبيل النموذج والمثال : —

(١ – مختارات من باب الباه)

نقلًا عن الصحيفة ٥

(بيض) اجوده الطري من بيض الدجاج وافضله محه ، وافضل صنعته نيمبرشت، وصنعته ان يُغلى ماء ويجعل فيه بيض ، ويعدُّ ثلاثمائة ويرفع ، وان فقص على الماء عُدَّ مائة ورفع

وبياضه الى البرد وصفرته الى الحر ، وجملته الى الاعتدال بين الحر والبرد رطب غليظ والنيمبرشت اسرع انهضاماً واجود غذاءً ينفع الحلق والسعال والسل ويزيد في الباه ، ومحه المشوي قابض يسكن الاوجاع اللذاعة ويطلى به فيمنع من سفوع الشمس. والصفرة المشوية يطلى بها الكلف مع العسل ويقع في منافع الاورام وفي الحقن للقروح وينفع من حرق النار وحرق الماء الحار اذا جعل عليه بصوفة وينفع من جراحات السفل والعانة والمطبوخ في الخل يحبس الطبع وينفع الدوسنطاريا وهو بطيء الهضم خاصةً المتعقد منه ويورث الكلف اذا ادمن اكله والمطجن رديء جداً يولد حجارة وتخماً وقولنجاً وينبغي ان يقتصر على صفره او يخلط به فلفل وكمون ودار صيني ويستعمل بعده الزنجبيل المربى .

(بيض الاوز والبط والنعام) اجوده الطري المعمول نيمبرشت ويقتصر على صفره وهو معتدل الحر غليظ يصلح لمدمني التعب ويضر بالقولنج والرياح والدوار ويصلحه الصعتر والملح .

(بيض العصافير) يزيد في الباه اكثر من كل بيض وان كانت اصنافه كلها تفعل ذلك .

(بيض الحجل) اجوده اطراه وهو الطف من بيض الدجاج ينفع الناقهين ويضر باصحاب الـكبد ويصلحه المثلث .

(٢ — مختارات من باب التاء)

نقلاً عن الصحيفتين ٩ و ١٠

(تمر هندي) يسمى الحومر ويسمى صباراً وهو الطف من الإجاص واقل رطوبة واجوده الحديث الطري الصادق الحموضة الذي لم يذبل ولم يجف وهو بارد في الثالثة وقيل في الثانية يسهل وينفع من القيء والعطش في الحميات وينفع من الحميات والغشي والـكرب وخصوصاً اذا كانت هناك حاجة الى تليين الطبيعة وهو يضر بالسعال والصدر ويصلحه شراب البنفسج والخشخاش .

(توت حامض) هو المعروف بالشامي واجوده الـكبار الصغار الاسود والفج منه اذا جفف قام مقام السمّاق وهو بارد يابس في الثانية وقيل رطب وقيل يبسه في الاولى وفيه قبض يحلل اورام الفم والحلق وورقه ينفع الذبحة والخوانيق وعصارته مجففة تنفع من القروح الخبيثة والمجفف منه يحبس البطن وينفع من الدسنطاريا وقشرة شجرة التوت ترياق (الشوكران) واوقية ونصف من عصارة ورقه ينفع من لدغ الرتيلاء واكله يحدث مغصاً ويصلحه الاطريفل الصغير وقال اسحق يضر الرئة ويصلحه الرمان .

(٣ — مختارات من باب الخاء)

نقلاً عن الصحيفتين ٣١ و ٣٢

(خبز القرن) اجوده المحكم النضج وهو رطب ينتفع به اصحاب الابدان

النحيفة والرياضة القوية على انه لا يؤمن ضرره فيما بعد وهو يسيء الهضم لردائته باحتراق ظاهره وقلة نضج باطنه وتصلحه الاشياء الحلوة ومما يدفع ضرره تجفيفه ودقه وتحميصه وخلطه بالماء والسكر .

(خبز الطابون) الطابون هو كتنور لطيف مدفون في الارض حتى لا يبقى الا اقله ثم يجعل في ارضه حصىً ويجعل عليه طبق حديد ويجعل على الطبق زبل قد اضرمت فيه النار ليلة ثم ينحّى عنه ويجعل العجين على ذلك الحصى ثم يعاد الطبق حتى ينضج واجود خبزه المحكم التخمير والنضج وهو رطب صالح لاصحاب الرياضة القوية والابدان المتخلخلة وهو يسيء الهضم واصلاحه بما يحدره كالحلوى .

(خبز الملة) هو المخبوز على الحصى وهو اردى من الفرن لاحتراق ظاهره وقلة نضج باطنه واختلاطه بالرماد وهو رطب غليظ صالح للابدان المتخلخلة وهو يسيء الهضم وتصلحه الرياضة الكثيرة في صبيحة اكله وشرب المثلث بعده .

(خبز الطابق) اجوده المختمر العجين وهو يابس موافق لذوي الكد والتعب ويعقل الطبع ويكد المعدة ويولد سدداً وخاصة ان كان بدهن ومما يقلل ضرره اكله باللحم اللطيف والمرق والابازير الحارة .

(خبز القطايف) يعقل الطبع ويولد خلطاً غليظاً ويصلحه ما يستعمل معه من الاشياء الحلوة .

(خبز الابازير) هو الذي يعجن بسيرج وسمسم وسيرجه مثل ثلث دقيقه يوافق اصحاب الكد والرياضة والمعد القوية وهو يتخم ويؤذي المعدة

ويولد خلطاً ردياً ويصلحه الملح او اللبن او السكر او العسل او الفانيذ

(خبز الارز) اجوده المتخذ من الارز الجوهري وهو بارد يابس يمسك الطبع وهو بطيء الانحدار وتصلحه الرياضة والاستحمام ويتخذ منه ثريد بدهن لوز .

(خبز الشعير) اجوده المخبوز من الشعير الحديث الرزين وهو بارد يابس يعقل الطبع وهو قليل الغذاء رديه وتصلحه الاشياء الدهنة .



معالجة الربو في الاطفال

بمولدة الضد المعوية المنسوبة

الى الاستاذ دانيز

ترجمها الطالب السيد شفيق البابا

يقول الطبيب بيهلر (Biehler) لقد عالجت بمولدة الضد المعويـة التي استحضرها الاستاذ (دانيز (Danysz) ثماني عشرة حادثة من الربو في اطفال تفاوتت اعمارهم واني سأذكر هنا خير ما صادفته من المشاهدات :

المشاهدة الاولى : الابنة (د) في الثانية عشرة من عمرها ، منفضجة وصدرها ذو سعة كافية كشف الاصغاء فيه جميعه كثيراً من الخراخر الصفيرية والغطيطية وتحت الفرقعة . كانت تنتابها غالباً نوب زلة مع حمى خفيفة ، ثم تظهر عليها عوارض الاختناق ، فتزرق سحنتها وتبرد نهايات اطرافهـا ، وتزول جميع الاعراض في فواصل النوب . وبما ان جمبة المداواة قد نفذت في هذا السبيل منذ امد طويل ، جربت معالجتها بمولد الضد المعوية ، فاجريت لها سلسلتين من المداواة ، في كل منها خمس حقن بفاصلة يومين ، وكانت تحقن في كل مرة بمقـدار $\frac{1}{10}$ سم٣ من مولدة الضد المذكورة. فكانت النتيجة مدهشة اذ اختفت نوب الزلة، ولم يبد أثر للخراخر وتحسنت الحال العامة بصورة مرضية ولم الاحظ الا عرواء وارتفاعاً خفيفاً في الحرارة ثم كررت الحقن سلسلة

اخرى بعد اسبوعين في كل يومين مرة ومنذ ذاك الحين تلاشت النوب تماماً وشفيت العليلة وعادت الى مدرستها بدون ان يصيبها سعال طيلة فصل الشتاء البارد مع ان المعالجة اجريت في شهر شباط .

المشاهدة الثانية : الطفل (س) في التاسعة من العمر ، تبدو عليه جميع مظاهر الحرض ، والده مصاب بالنقرس ووالدته مصابة بالربو . اخذت تنتابه هجمات ربو نموذجي كلما تعرض للبرد وهو يشكو عدا ذلك نوباً تفاجئه غالباً بدون سبب بيّن . وكانت تعاوده بين الفينة والاخرى نوب ربو وشرى عولج بحقن مولدة الضد المعوية بمقدار $\frac{١}{٢٠}$ سم٣ طيلة ثمانية ايام ومرة كل يومين . فتحسنت حاله تحسناً محسوساً وعاد تنفسه سهلاً وتلاشت الخراخر تماماً ولم يظهر مكان الحقن اي تفاعل موضعي . واعيدت المعالجة مرة اخرى بعد ثمانية ايام مع زيادة المقدار حتى ($\frac{١}{١٠}$) سم٣ في كل مرة فكان من نتيجة ذلك ان اضمحلت علامات الشرى التي كانت ترافق الربو ، ومنذ ستة اشهر حتى الآن لم تظهر فيه نوب الربو .

المشاهدتان الثالثة والرابعة : طفل واخته ، عمر الاول عشر سنوات والاخرى في الثانية عشرة . كانت تعاودهما نوب ربو مفاجئة مرتين او ثلاث مرات في الشهر ، تبدو عليهما امارات التعب وكل منهما يشتكي ناميات غدية لم يجد استئصالها ، اذ كان يكفي اختلاف الطقس حتى تظهر نوب الربو .

فبعد المعالجة بمولدة الضد المعوية تناقص عدد النوب وتلاشت اخيراً .

المشاهدة الخامسة : الطفل (ج) في ربيعه الثامن من اسرة عرفت بالحرض عقده اللنفاوية ضخمة وسحنته خنازيرية (scrofuleux) .

وكان يتقدم هجمة الربو فيه زكام تشنجي مع عطاس شديد فتزرق سحنته ويكشف الاصغاء خراخر صفيريه وغطيطية .

وتفاقت حال المريض سوءاً بعد حقنه للمرة الاولى بمقدار $\frac{1}{20}$ سم٣ من مولدة الضد ، وبدا في موضع الحقن تفاعل شديد ، وارتفعت الحرارة حتى (٣٨,٥) ولم تكن تعدو (٣٧,٨) قبل ذلك . واستمرت هذه الاعراض اثنتي عشرة ساعة تحسنت حال الطفل بعدها ، اذ طاب طعاماً بعد ان اضمحلت اعراض الاختناق وتضاءل عدد الخراخر .

وقد اجري لهذا الطفل عشر حقن في كل منها ($\frac{1}{20}$) سم٣ فلم تبدُ عليه حتى بعد ثمانية اشهر اعراض نوب الربو

رينه لوفال

❀❀❀

الحيوينات في الكيمياء الحيوية

«٧»

للدكتور صلاح الدين مسعود الكواكبي

الفصل السادس

منشأ الحيوينات وبنيتها الكيماوية

يهتم الاحيائيون جد الاهتمام لمعرفة منشأ الحيوينات ، تلك العوامل اللازمة لحياة الحيوانات ، والشروط التي يتم فيها تكونها ، ومعرفة بنيتها الكيماوية كل ذلك ليتوصلوا الى اصطناعها في المخابر . ولقد ظهر من البحوث الاولى ان الحيوانات غير قادرة على اصطناع الحيوينات في عضويتها الا في بعض الحالات النادرة جداً التي تفتقر مع ذلك الى التأييد واذا وجدت فيها فانما توجد ميرة او ذخيرة ليس غير . واما النباتات وبعض العضويات الدنيا (كخميرة الجعة مثلًا والخلية النباتية بحالة النمو) فقد ثبت انها الصانع الحقيقي للحيوينات فلم يبقَ شك بعد هذا في ان الحياة الحيوانية مفتقرة الى الحياتين النباتية والجرثومية . ومما يجب التنبيه اليه ان تكوّن الحيوينات في النبات لا يتوقف على وجود الخضير (كلوروفيل) اذ لا دخل له في انتاج

الحيوينات بخلاف ما يشاهد في تكون السكريات فيها . فخميرة الجعة مثلاً تكوّن الحيوين B_2 بكثرة وهي عديمة الخضير، والنباتات الناشطة في الظلام وقبل ظهور الخضير فيها تحتوي على الحيوين C ضد الحفر الذواب في الماء . وكذا الحيوين A الذواب في الدسم يتكون مستقلاً عن كل فعل خضيري . والحيوين ضد الخرع يتكون في بعض الستيرولات خصوصاً في الأرغوستيرول دون ان يكون للعمل الخضيري اي دخل فيه، ويكفي لتكوينه الجزء البنفسجي من الطيف الشمسي فقط واما في العضوية الحيوانية فيتكون هذا الحيوين إما من الاغذية المتناولة وهو ينبوع محدود لقلة الاغذية التي تحتوي عليه ولو بمقدار يسير وإما من الستيرولات الجلدية المعرّضة بالاستشماس ، لان جلد الانسان او العجل المعرّض الى فعل الاشعة البنفسجية يصبح متصفاً بخواص ضد الخرع . وكذا دم المعروضين على الاشماع يشفي الجرذ من الخرع. وعلى هذا فجلد الانسان نفوذ للاشعة الضوئية والاشعة البنفسجية بدرجة تكفي لتحويل طبائع المواد غير الفاعلة التي يأتي بها الدم ، الى مواد فاعلة مما يؤيد وجود دورة ستيرولية في العضوية الحيوانية تعمل على تحويل الأرغوستيرول العاطل الى حيوين فعال ضد الخرع ثم الى الكوبروستيرول العاطل وغير القابل للانفعال .

واما شأن الحيوين ضد الحفر فهو غير شأن الحيوينات الأُخر من حيث لزومها المبرم للحيوانات . وفي الحقيقة ما كل الحيوانات يحتاج الى الحيوين C ضد الحفر احتياجاً لا غنى لها عنه . فالجرذ مثلاً تعيش مدة طويلة جداً بغذاء خالٍ من الحيوين C يعرّت به السمور في خلال اربعة اسابيع . فعضوية

الجرذ والحالة هذه قادرة على اصطناع هذا الحيوين وتحقق ذلك بالتجربة ايضاً . فاكباد الجرذ التي جعلت عرضة لمرتب غذائي مولد للحفر تشفي او تقي تماماً السمور المصابات بالحفر . وكذا الحمام تستطيع ان تعيش بمرتب غذائي خلو من الحيوين ضد الحفر ، مما يؤكد ان العضوية الحيوانية يمكن ان تصنع احد الحيوينات (الحيوين ضد الحفر C) ان لم يكن كلها . ولقد ذكرنا فيما تقدم ان هذا الحيوين متوزع على غير انتظام في الاغذية الطبيعية فمنها ما يحتوي عليه بكثرة ومنها ما لا يحتوي عليه البتة ومنها ما يوجد فيه بمقدار ضئيل . فالسمور وغيره من الحيوانات التي تعيش بالاغذية الطازجة لا تستطيع عضويتها تكوين هذا الحيوين . وعلى العكس الجرذ والحمام التي لا تقتات عادة بأغذية طازجة ، اما انها تكتفي بمقدار يسير جداً من الحيوين C او ان عضويتها قادرة على تكوين هذا الحيوين من مواد اكثر بساطة منه .

اما طبيعة الحيوينات الكيمياوية فلا تزال تحت الدرس واخذ ورد بين العلماء ولم تجمع كلمتهم على شيء صريح قطعي . لذلك نكتفي بذكر ما وصل اليه درسهم الحيوينات من هذه الناحية الكيمياوية تاركين للمستقبل وحده الحكم النهائي .

١) الحيوين C ضد الحفر الذواب في الماء . - ظهر ان له نوعين احدهما ذو وظيفتي فينول ، والآخر بطبيعة شبه قلوية مشتق من (النار كوتين) منزوعاً منه جذر متيلي واحد اي انه بحالة (متيل - نور - نار كوتين) .

ولقد وفق بعضهم سنة ١٩٢٧ الى استخلاص مادة متبلورة من عصير الاثمار ومن الكظر بوظيفة الحمض تتصل بنسب الى اسرة السكريات

(غلوسيد) صيغتها الموجزة $C^6H^8O^6$ وسماها سنة ١٩٣٣ حمض الآسكوربي (acide ascorbique) تتصف بخواص العامل ضد الخفر بمقدار ملغرام واحد وبخاصة الاختزال الشديد ، وبخاصة ذات شأن هي التأكسد القابل للانقلاب . ثم تبين ان حمض الآسكوربي هذا يوجد في الفلفل النمساوي (paprika) اربعة امثال ما يوجد منه في عصير الليمون او البرتقال .

ولا يمكن الجزم في اليوم الحاضر - والبراهين العلمية لا تزال قليلة - في طبيعة هذا الحيوين هل هي C_1 من زمرة الاجسام المؤكسدة المختزلة - oxydo reducteur ام هي C_2 من زمرة الفينولات المضاعفة التي يمكن ان تكون من اشباه القلويات المنسوبة للناركوتين .

٢) الحيوين B_1 ضد العصاب . — لقد علم انه مادة اساسية ازوتية كبريتية بصيغة $C^{12}H^{17}N^3OS$.

واما الحيوين B_3 المنبه للخلية فهو مادة آزوتية لا كبريت فيها . وهي متبلورة وتنصهر في + ٢٣٣° صيغتها $C^5H^{11}NO^3$ ذات نواة من نواقص الدور (hétérocyclique).

٣) الحيوين A العامل في النمو (الذواب في الدسم) . — يتصل هذا الحيوين بنسب صحيح الى الكاروتهن $C^{40}H^{56}$ من زمرة الفحوم الهدرجينية ذوات الارتباطات المضاعفة العديدة .

وتأيد من ابحاث كارر ان انشطار الكاروتهن يُنتج ذرتين متساويتين ذواتي (هدروكسيل) واحد ، هما الحيوين A صيغة كل منهما $C^{20}H^{30}O$ بنية دورية مع وظيفة غول، سميت اوكزيماستهرول (auxèmastérol) من

الـكلمة اليونانية (auxèma) ومعناها النمو . واطلقت كلمة الحيوين A على كلتا الذرتين المتحدتين دفعاً لـكل التباس .

ولقد تأيد بتجارب كثير من الاحيائيين استحالة الـكاروتهن في العضوية الحية الى الحيوين A وادخاره فيها على هذه الحالة مما حدا بالعلماء الى عد الـكاروتهن طليعة للحيوين A (provitamine) .

٤) الحيوين D ضد الخرع (الارغوستيرول) المشعّع . — لم تعلم حتى الآن الطريقة التي يتم بها تكونه في الطبيعة . ولقد استطاع العلماء بعد بحوث طويلة ان يهتدوا الى الشروط الملائمة التي يمكن بها تجهيز مادة تتصف بجميع خواص هذا الحيوين من جسم معروف تماماً هو الارغوستيرول المستخلص من مهماز العَلَس (ergot de seigle) ويعد في اليوم الحاضر طليعة للحيوين D ، لانه ينتجه حينما يعرّض للاشعة الشمسية او البنفسجية بقدر معلوم . وهو ذو بنية كيماوية معقده جداً فيها وظيفة غول .

وهناك نوع سمي الحيوين D_2 او كالسيفيرول (Calciférol) وهو مادة مبلورة تنصهر في ١١٥ — ١١٧ من الحرارة وتحرف النور المستقطب الى اليمين قدر + ١٠٢,٥° صيغتها $C^{27}H^{42}O$ تقي من الخرع بمقدار يسير جداً (٠,٠٠٠٠٢ من الملغ) .

٥) الحيوين E العامل في التناسل (الذواب في الدسم) . — لم يعلم عنه الى الان اكثر من انه مكون من الفحم والهدرجين والاكسجين وبوزن ذري كبير جداً .

وفي الجدول الآتي نلخص كل ما تقدم من الاوصاف :

جدول يبين الاوصاف الكيمياوية للحيوينات

مع المقدار الاصغر الفاعل لكل منها

	اسم الحيوين	تركيبه العنصري	طبيعته الكيمياوية	المقدار الاصغر الفعال لكل حيوان في كل يوم
الحيوينات الذوابة في الماء	الحيوين ضد الحفر C — C_1	$C^6 H^8 O^6$	حمض الآسكوربي (من اسرة الغلوسيد)	١ ملغ
	الحيوين ضد الحفر C — C_2	$C^{20} H^{19} N O^7$	مەتيل-نور-نار كوتين أو ديفەنول C (شبه قلوي)	٠٫٠٢٠ من الملغ
	الحيوين ضد العصاب B_1	$C^{12} H^{17} N^3 OS$	جسم اساسي كبريتي	٠٫٠٠٢٤ من الملغ
	الحيوين B_3 اللازم لحياة خميرة الجعة (بيوس فونك) Bios	$C^5 H^{11} N O^3$	بنية ناقصة الدور	٠٫٠٠٠٥ من الملغ لاجل ١ سم٣ من معلق الخميرة
الحيوينات الذوابة في الدسم	الحيوين A — A_1	$C^{20}H^{30}O$	(او كزيما ستيرول جسم ذو بنية دورية مع وظيفة غول	٠٫٠٠٠٣ من الملغ
	الحيوين A — A_2	$C^{40}H^{56}$	كاروتەن (فحم هدرجيني ذو ارتباطات مضاعفة عديدة)	٠٫٠٠٠٤ من الملغ
	الحيوين ضد الخرع D (D_2 او كالسيفيرول)	$C^{27}H^{42}O$	أرغوستيرول المشعع المبلور (بصيغة معقدة جداً فيها عدة دوائر مع وظيفة غول)	٠,٠٠٠٠٢ من الملغ
	الحيوين E العامل في التناسل والانتاج	$C^?H^?O^?$	؟	٠,٢٥٠ من الملغ

الفصل السابع

في وقاية الحيوينات من التلف في الاطعمة المطبوخة او المحفوظة

اسباب الادواء اللاحيوينية

ان لمعرفة الوسائل التي تقي الحيوينات من التلف في الاطعمة المطبوخة او المحفوظة شأناً لا يستهان به كما لا يخفى للاستفادة من خواصها. ولقد تقدم في الكلام على خواص الحيوينات ان العوامل المتلفة لها هي اربعة: الحرارة ومدة التأثير وفعل البيئة، ووجود الاكسجين.

اما البرودة فمهما اشتدت وطال امد تأثيرها فليس لها اقل فعل سيء في الحيوينات.

الحيوين C. — ان رُب البرتقال والطماطم المحفوظة (كونسروة) تحتفظ بقدرتها الحيوينية ضد الحفر بسبب حموضتها وكثرة المقدار الذي تحتوي عليه وهي طازجة من الحيوين C. ففي مصانع الكونسروة تحسن اضافة عصير الليمون الى الاثمار المحفوظة لانه يستبقي للثمر قدرته الفعالة ضد الحفر لزيادته الحموضة فيها. وعلى العكس الاطعمة المطبوخة او المعروضة للحرارة بملامسة ثاني فحمات الصوديوم (اي في البيئة القلوية) فانها تفقد تماماً فعاليتها الحيوينية ضد الحفر.

اما اللبن الذي هو الغذاء الوحيد الهامّ للطفل فيجب ان تلاحظ فيه امور :

١ً) غناه من الحيوين C (لأن هذا الحيوين يختلف مقداره باختلاف نموذج الحليب) .

٢ً) تفاعله لأن تفاعلاً قلوياً مهما ضؤل يتلفه .

٣ً) حرارة التعقيم او التسخين .

٤ً) السرعة التي يتوصل بها الى درجة الغليان لان تلف هذا الحيوين يشتد كلما كان الوصول للغليان ، بطيئاً .

٥ً) مدة الغليان .

٦ً) سرعة تبريد اللبن بعد الغليان .

ومما يلاحظ ايضاً ان تكرار الغليان يتلف حتماً هذا الحيوين . وكذا القول في الألبان المكثفة المحفوظة الا اذا كانت مهيأة بحيطة وانتباه في مخابر فنية مستوفاة الشروط .

ويجدر ان يسقى الاطفال ملعقة صغيرة من عصير البرتقال الطازج بين فترات الرضاعة الاصطناعية (بالألبان المغلية او المعقمة) تعويضاً لهم للحيوين C المتلف بالتعقيم .

الحيوين B . — ان الحيوين B_1 من هذه الزمرة هو كما تقدم سريع التلف بالعوامل المخربة . اما (B_2) و (B_3) و (P)فهن اكثر مقاومة نسبة.

ففي شروط الطبخ الاعتيادية التي لا تتجاوز الحرارة فيها الدرجة +١٠٠° لا يتلف من الحيوين B_2 و B_3 مقدار محسوس . اما B_4 فانه يتلف تماماً .

اما اللبن المجفف واللبن المكثف فلهما خواص فعالة من الحيوين B . والشعير والحمص والفاصولية والجزر والخضر الطازجة (كاليخنة والطماطم) اذا سخنت نصف ساعة على حرارة + ١٢٠° في الصاد الموصد (اي بمعزل عن الهواء) تبقى محتفظة بجزء من خواصها ضد المصاب . اما التسخين مدة اكثر (مقدار ساعتين في + ١٢٠°) فيفقدها هذه الخواص .

الحيوين A . — هذا الحيوين العامل في النمو ينفعل جداً من الاكسدة والحرارة . ولقد تأيد بالتجارب العديدة ان زيت الزيتون البكر الذي يحتوي على كمية لا يستهان بها من هذا الحيوين الذواب في الدسم يفقده تماماً في اثناء عمليات التصفية التي يجعل عرضة اليها .

الحيوين D . — هذا الحيوين الفاعل ضد الخرع يتكون تحت شروط معينة من الأرغوستيرول الموجود في الدسم الطبيعية . فاذا لم تراع هذه الشروط بدقة تامة فلا يتحول الأرغوستيرول الى هذا الحيوين او ان المادة الفاعلة المتكونة تعود فتتلف قسماً او كاملًا .

وكذا الحال في الاطعمة الطبيعية والزيوت الدوائية ، كزيت كبد الحوت مثلًا فمنه ما يحتفظ بقوته الحيوينية سنين طوالاً ومنه ما يفقدها في مدة يسيرة ومنه ما لا يتصف البتة بخاصة حيوينية . واسباب ذلك عديدة :

١) نوع الكبد المستخلص منها الزيت ٢) زمن التجهيز ٣) شروط استخلاص الزيت وحفظه وخصوصاً عمليات التصفية التي يجعل عرضة اليها .
ولذلك كان لمراقبة المواد المستعملة ضد الخرع مراقبةً حيوية شأن من حيث فن المداواة .

الحيوين E - هو اكثر الحيوينات مقاومة للحرارة والاكسدة بحيث يمكن ان يعد غير قابل للتلف في الشروط الاعتيادية من التهيئة والطبخ . ولكن بوجود كمية مناسبة من شحم الخنزير في مرتب غذائي كامل يفقد ، من هذا الغذاء ، هذا الحيوين العامل في الانتاج ولم تعرف بعد اسباب هذا التأثير السيء معرفة قطعية والمظنون ان يكون لحاصيل الزنخ دخل في ذلك.

وقد تشاهد حالات واعراض ناجمة من خلو الاطعمة من الحيوينات عرضاً او قصداً فمن يتناولون غذاء على نسق واحد (مطرداً) كالجنود والبحارة والسجناء والمرضى وسكان البلاد القليلة الانتاج ، لا يحدث شيء من هذه الاعراض لو كان الغذاء متغيراً من حين لآخر . وكذا الحال في الاطعمة الغنية دائماً من الكونسروة والغنية من اللحوم المضلية والغنية من الرز المقشور والحبوب والمعجنات .

ومن الاسباب التي تدعو الى حدوث الادواء اللاحيوينية ايضا شروط التموين التي تحدد حتماً انتخاب الغذاء ،وغلاء بعض الاغذية الغزيرة الحيوينات كالفواكه والخضر الطازجة ، واستعمال الكونسروة واللحوم المقددة والجبن وخلاصات الاطعمة الجاهزة صناعياً ، واستعمال السكاكر والشوكولا والمعجنات الكثيرة السكر .

ان اهل المدن الكبرى يكثرون من استعمال الاغذية الحيوانية ، والبطاطة والرز والخضر الجافة ويعدون الخضر الطازجة والفواكه ضرباً من الاطعمة القليلة القدرة الغذائية العديمة النفع فيتجنبون تناولها أنفة واستكباراً ، وهم لا يدرون ان تلك شر الاطعمة التي تختبيء بين عناصرها الامراض والادواء

اللاحيوينية المهلكة ! وان هذه خير الأطعمة التي تكمن فيها عناصر الحياة!
ان المتمدنين يبتعدون شيئاً فشيئاً عن شروط الحياة الطبيعية ويندر منهم من يمل في الهواء الطلق لابساً ملابس فضفاضة تسمح لأشعة الشمس ان تخلل منها الى اجسادهم فتلقي فيها النشاط والحياة . وندر منهم من يتناول اطعمة طازجة تنبت في اماكن كثيرة الهواء غزيرة الشمس .

أفلا ترى سكان المدن الكبرى كيف يحشرون انفسهم في مساكنهم المغلقة ، في الطوابق المتراكبة بعيدين عن نور الشمس ، مغتذين بالاطعمة المجففة والكونسروات النقية او بمواد يظن انها طازجة وهي في الحقيقة لبثت اياماً عديدة مكومة في القاطرات الشاحنة المظلمة . فلا غرابة بعد ذلك اذا رأيتهم مهزولين فاقدي الصحة والنشاط هم واولادهم وخصوصاً اذا شاهدت اطفالهم مكسوحين لحرمانهم من الحيوين D الذينهم احوج اليه في زمن تطور عضويتهم . وكيف يتكون هذا الحيوين من الكوليسترول في جلدهم الفتي المحروم من اشعة الشمس فضلاً عن انهم لا يعوضون خسارتهم منه بالمحافظة على نسبة الكلسيوم الى الفصفور لأن الاطعمة في مثل تلك المدن الكبرى غزيرة بالفصفور قليلة بالكلسيوم فينشأ اطفالهم مكسوحين ليني العظام مشوهي الخلقة .

فالطعام الصالح لنماء طبيعي وحياة مطردة من حيث القدرة الحيوينية هو ما احتوى على (سلطة) نيئة وفاكهة نيئة وعصير ليمون طازج في هذه (السلطة) وعلى مادة غزيرة من الحيوين B الى جانب المعجنات والاطعمة السكرية وعلى زبدة طازجة وحدها او مع الخضر المسلوقة بالماء فقط .

واليك مثالاً على مرتب غذائي مستوف الشروط الحيوينية والغذائية :

آ — غذاء مركب غني بالحيوينات :

حساء من الخضر الطازجة مضافاً اليه شيء من اللبن والمح (اصفر البيض) وزبدة طازجة ،

سلطة الخس مع الطماطم مضافاً اليها زيت الزيتون البكر وعصير الليمون الطازج ، لحم او سمك مشوي مضافاً اليه زبدة وعصير الليمون ،

مزيج من الخضر الطازجة المسلوقة مضافاً اليها زبدة طازجة ،

برتقال وعنب .

ب — مرتب غذائي بسيط وغني بالحيوينات :

حساء من الخضر الطازجة، سلطة اعتيادية ، لحم مشوي، مهروسة البطاطة مع زبدة ، تفاح نيء .

ج — مرتب غذائي أبسط وغني بالحيوينات: سلطة الطماطم ، جبن دسم ، جوز ، فواكه نيئة .

وصفوة القول : لم يعد في اليوم الحاضر مجال للنكران بان هناك عوامل حيوية لا بد من وجودها في الاغذية المتناولة ، تعمل على ادامة حياة العضوية الحيوانية باطراد ونماؤها بانتظام بتدخل في الظواهر الحيوية والفيزيولوجية ، وان خلوها من الاغذية يفضي الى اضطرابات وخيمة قد تؤدي الى الهلاك.

ومما نلفت النظر اليه ان طرق الاغتذاء الحالية تبتعد يوماً فيوماً عن شروط الحياة ، الطبيعية بتقدم ما يسمى (المدنية !) ولا يغربن عن البال ان هـذا التقدم محفوف بالاخطار ! فيجب العدول عنه الى الطريق السوي طريق

الحياة الطبيعية المعقولة التي تحفظ للبدن نشاطه كاملًا وصحته تامةً .

وانا ننصح للانسان (المتمدين !) الذي يتباعد كل يوم عن شروط الحياة الطبيعية مأخوذاً بزخارف المدنية الكاذبة الخلاّبة ألاّ يردد مع القائلين جهلًا (انا عشنا حتى الان دون ان نعلم شيئاً عن كل ما ذكر !) لان العلم وحده هو الذي استحلى ويستجلي غوامض الحياة وكشف ويكشف عن اسرار التغذية والاغذية وقضى على كثير من الامراض المخيفة التي كان يذهب ضحيتها الالوف من البشر من سوء الاغتذاء. فعلى هذا الانسان ان يتطلب دوماً من العلم والفن ان يهدياه سواء السبيل اذا كان يحب ألا يرى صحته تتقهقر كل يوم ، واذا كان يود ان يعيش العمر كله بهناء لا يعكر صفوه طارىء او مفاجىء واذا كان يرغب ان يستبقي ذريته من بعده على احسن ما يرام من الصحة والقوة والرفاه .

❀ ❀ ❀

مقتطفات حديثة

جمعها ولخصها الطالب السيد مصباح المالح

٨ — تخفيف الضزز في الحوادث الالتهابية الحادة (Réduction du trismus dans les accidents inflammatoires aigus)

لدينا بعض الطرق للتغلب على الضزز كالتخدير العام والاستعانة بمبعد الفكين وطريقة بيرشه (Bercher) في تخدير العضلة الماضغة. ويمكن التغلب ايضاً على الضزز كما في الطريقة الآتية واساسها تأثير العقدة الوتدية الحنكية في الجهاز الودي . وتستند هذه الطريقة الى المعلومات التشريحية التالية .

توجد العقدة الوتدية الحنكية في القاع الخلفي للحفرة الجناحية الفكية وتشترك مع الحفرتين الانفيتين بالثقبة الوتدية الحنكية التي يبطن مخاط الانف جدارها الانسي . وتقع هذه الثقبة فوق ذنب الصماخ المتوسط فمس ناحية الثقبة المذكورة بمائع بونان يحدث خدراً في الجهاز التوأمي الودي (système trigémino - sympatique) جميعه فيزول الضزز وينفتح الفم .

والادوات اللازمة هي ملقط منحنٍ زاوية منفرجة كالمستعمل في طب الاذن والأنف والحنجرة مع قطعة من القطن معتدلة الحجم ، ومائع مخدر كمائع بونان الذي يمكن الاستعاضة عنه اذا خيف من تخريشه بمحلول عشري كوكائيني او نوفوكائيني .

وللعمل : يكشف القرين المتوسط ويدخل الملقط الحامل لقطعة القطن المغموسة في المائع المخدر غمساً معتدلاً حتى لا يسيل منه شيء في الانف والبلعوم

ويجعل انفراج الملقط الى الخارج ويتبع الجدار الوحشي للحفرتين الانفيتين حتى اذا ما وصلنا الى علو ذنب القرين المتوسط نرفع نهاية الملقط نحو سقف الحفرتين الانفيتين ونثبته بضع ثوان على الجدار الوحشي فنحصل على نتيجة جيدة وآنية اذ يتباعد الفكان بدون ألم وينفتح الفم فنتمكن من اجراء الفحوص الدقيقة ومن التوسط الجراحي ايضاً .

وقد يحدث في بعض الاشخاص المصبين غالباً سيلان انفي وخفقان وحس تبرد وفرط حس في المنعكس الأنفي الوجهي فيجب الاسراع في معالجة هذه العوارض حين ظهورها .

❀❀❀

الجزء ٤ المجلد ١٣

مجلة المعهد الطبي العربي

دمشق في تشرين الاول سنة ١٩٣٨ م . الموافق لشعبان سنة ١٣٥٧ هـ .

فعل الحمية المائية و الفصادة في سير الحمى التيفية

نشر امبار وبارتلم وماندل في المطبوعات الطبية مقالة بينوا فيها ما لاستخراج الدم والحمية المائية من الفعل الحسن في الحمى التيفية المديدة السير فرأينا ان نلخصها للقراء لما فيها من الفائدة كيف لا والحمى التيفية قرأة (endémique) في دمشق والاشكال المديدة السير منها كثيرة الحدوث حتى ان الطبيب يقف بازائها حائراً والمريض يائساً منتظراً نهاية حماه الاسبوع تلو الاسبوع فلا يرى آخرها الا بعد ان تكون قد اضعفت العفونة قواه واوهنتها . تبدأ الحمى التيفية بدءها المعتاد وتستمر زهاء ثلاثة اسابيع والحرارة لا تنقطع واذا بها بعد انتهاء هذه المدة تهبط الى ٣٧ . افيحق لنا القول ان المريض قد شفي من حماه ؟ لا اننا لا نستطيع اثبات هذا الامر بل ان الخطة التي نتبعها عادة هي المثابرة على مراقبة المريض بضعة ايام حتى اذا ظلت الحرارة في جوار الدرجة الطبيعية (٣٧) اجزنا له تناول الحليب

والمرق غير انه لا يكاد يبتلع هذه المواد حتى تعلو الحرارة وتتابع علوها كما في بدء المفونة واذا ما استثبت الدم كان ايجابياً . يستنتج من هذا ان المريض لم يشفَ مع ان حرارته بقيت بضعة ايام في جوار الدرجة الطبيعية

ويستنتج من المشاهدات التي جاء بها كتبة المقال ان كل حمى يطول سيرها ولا تهبط هبوطاً صريحاً الى ما دون ٣٧ تسقطها الحمية المائيــة في خلال ٣ — ٤ ايام .

وليست تلك الاشكال المديدة من الحمى التيفية التي تذكرها المؤلفات الدوسية ، بحسب رأي هــولاء المؤلفين الا حالات اشترك الطبيب والعصبة التيفية في تطويل مدتها بوصف الاغذية المضرة بمرضاهم ولو انهم ساعدوا الطبيعة بحمية مائية صارمة حين ظهور تموجات الحمى الدالة على اتجاهها عفواً الى الشفاء ولم يغذوا العصبة الجائمة في النهار باغذيتهم المختلفة .والدليل علو الحرارة مساء وهبوطها صباحاً ، لكانوا حذفوا من مؤلفاتهم هذه الاشكال المديدة السير . فالحمية المائية التي تحرم العصبة كل غذاء تقطع سير الحمى. ولتكن هذه الحمية صارمة فلا يسمح فيها بسوى المواد السكرية التي تمتصها الامعاء بسرعة غير تاركة منها فضلات تستطيع العصبة الاستفادة منها والتغذية بها . وكل غذاء آخر اياً كان نوعه حتى ما عددناه خالياً من الضرر كمرق الخضر والحليب الممدد بالماء يجب نبذه لانه بطيء الهضم ولان العصبة تستطيع الاستفادة منه .

وبعد ان جاء المؤلفون بمشاهدات تؤيدها منحنيات الحرارة ناطقة بفعل الحمية المائية الحسن في قطع سير الحمى التيفية عادوا الى الـكلام عن فعـل

القصادة الحسن في سيرها .

ولا يعزى هبوط الحمى في جميع مشاهداتهم الى خروج الدم فقط لانهم كانوا يضطرون في بعض من الحالات الى استعمال الحمية المائية في الوقت نفسه ولان هذه الحمية كما رأينا تكفي للقضاء على سير الحمى .

وقد كان النزف المعوي الذي كان يعرقل الحمى التيفية الحالة الوحدة التي كان يراقب القدماء في اثنائها فعل النزف في سير الحمى التيفية وقد اختلفت آراؤهم فيه فمنهم من كان يعزو اليه تحسن الاعراض التيفية الشديدة الخطر وكان يرى فيه سبيلاً الى نجاة بعض من التيفيين ومنهم من كان يعد النزف اداة خطر تضاف الى خطر الحمى نفسها وما ذلك الا لانهم لم يصدروا حكمهم في حالات متشابهة . فان بعضهم كان يبدي حكمه في مرضى نزفوا فقط والبعض الآخر كان يبدي هذا الحكم في مرضى آخرين تعرقل نزفهم بانثقاب الامعاء فكان موتهم لا مفر منه فلا سبيل والحالة هذه الى الاستفادة من آرائهم بعد تباين المشاهدات التي اصدروا الحكم فيها .

اما كتبة المقال فانهم قد درسوا الحالات التي ينزف فيها المرضى نزفاً متوسط الكمية وخالياً من العراقيل الاخرى . ومتى قلنا نزف قلنا في الوقت نفسه حمية مطلقة او مائية لان العرقلة التي يخشى شرها في حالة كهذه انثقاب الامعاء .

وقد رأينا ان الحمية المائية وحدها تحسن سير الحمى التيفية أفننسب هذا التحسن الى الحمية نفسها ام الى خروج الدم ؟ ان خير حل لهذه المعضلة ان يدرس فعل النزف في مرضى لا يبدل مرتبهم الغذائي او ان يدرس فعل

الحمية المائية وحدها في مرضى لم ينزفوا وفي مرضى آخرين قد نزفوا وتقابل درجة التحسن في الحالتين .

أورد الكتبة مشاهدة امرأة حامل اصيبت بالحمى التيفية فسارت حرارتها ثلاثة اسابيع بلا انقطاع ثم سقطت الى جوار الحرارة الطبيعية وظلت كذلك ستة ايام متتابعة واذا بها تعود وتبلغ التاسعة والثلاثين ويتابع النكس سيره سبعة ايام والحرارة تتموج هذه التموجات العالية حتى اليوم الثامن اذ اسقطت جنينها فهبطت حرارتها بعد بضع ساعات الى الدرجة ٣٦،٥ وظلت هابطة ولم يتبدل مرتبها الغذائي طيلة سير الحمى جميعه لان النزف قد نشأ من الاسقاط وليس من الامعاء ولم يستدع الحمية المائية فيكون النزف فقط قد اثر في هذه المريضة التأثير الحسن قاطعاً سير الحمى .

واوردوا مشاهدة اخرى عولجت في الوقت نفسه بالحمية المائية والفصادة :

امرأة عمرها ٢٤ سنة اصيبت بالحمى التيفية وكان استنبات دمها ايجابياً وظلت حرارتها تتموج من ٣٨ - ٣٩ ففصدت في ٢٠ كانون الثاني سنة ٩٣٨ اذ كانت حرارتها ٣٨،٥ واستخرج من وريدها ٣٥٠ سم٣ فسقطت حرارتها بعد نصف ساعة الى ٣٧،٦ وبعد اربع ساعات ونصف ساعة الى ٣٧،٢ ثم عادت الى الارتفاع في الساعة الخامسة مساء الى ٣٨،٢ وكانت في صباح اليوم الثاني ٣٧،٥ وفي مساء اليوم نفسه ٣٦،٨ ولم تعلُ بعد ذلك اليوم عن ٣٧ . فاذا عدّ هبوط الحرارة دليلاً على شفاء الحمى التيفية قيل ان هذه المريضة شفيت في ٢١ كانون الثاني وان شفاءها قد تم في خلال ٢٨ ساعة . ولكن فليعلم ان الحمية المائية قد فرضت على المريضة بعد الفصادة مباشرة فلا

يجوز ان تنسب سرعة الشفاء الى الفصادة فقط بل ان بعضها عائد الى الحمية ايضاً . ولكن اذا قابلنا بين هبوط الحرارة في هذه المشاهدة وبينها في مشاهدات اخرى فرضت فيها الحمية المائية فقط تبين ان الحمية المائية التي فرضت في احدى المشاهدات يومين فقطلم تفض الى الشفاء وانها افضت اليه في مريضة فرضت عليها الحمية اربعة ايام فيكون الشفاء الذي حصلت عليه هذه المريضة في خلال ٣٨ ساعة عائداً بعضه الى الفصادة والبعض الآخر الى الحمية.

ولنجرب الآن تعليل تفاوت السرعة في شفاء المرأة المجهضة والمرأة المفصودة . فان الاولى اسرع شفاؤها اكثر من الثانية لانها على ما يعتقد المؤلفون قد فقدت من الدم اكثر من الثانية فان الاجهاض يعقبه في الغالب نزف غزير وهذه المرأة التي كانت فقيرة الدم منذ بدء حماها عوين دمها مرات في سياق الحمى وكان عدد كرياتها الحمر قبل الاسقاط ببضعة ايام ٢٨١٠٠٠٠ ومعدل خضاب الدم ٤٥ ./· فهبط عدد الكريات في اليوم الثاني للاجهاض الى ١٣٠٠٠٠٠ وخضاب الدم الى ٣٥ ./· فتكون قد خسرت ٢٠ ./· من دمها اي ما يعادل اللتر بيد ان المرأة المفصودة لم تخسر كما ذكرنا الا ٣٥٠ سم٣ .

وان الفصادة التي اجراها المؤلفون لدليل قاطع على ان استخراج الدم نفسه خافض للحرارة فلا عجب اذا ما فعل النزف المموي هذا الفعل نفسه غير انه يختلف عن الفصادة ببقاء الدم في الامعا مدة وباعداده بيئة موافقة لنبت الجراثيم ولهذا تعود الحرارة الى الارتفاع بعد هبوطها التالي للنزف غير ان الحمية المائية التي تفرض على المريض في ظرف كهذا تأتي عوناً للنزف على اسقاط الحمى .

واما مسألة المناعة فيستطاع تعليلها بكون الفصادة تحرك فجأة المواد المنمعة فلا يخفى ان كل ضياع دم يبعضه الجسد في اقل من نصف ساعة بدخول سائل، يماثل تركيبه تركيب مصورة الدم ولكنه خال من الهيولينات، للدوران الدموي. ويأتي هذا السائل من الانسجة او من السوائل المحيطة بها. ولعل في هذا السائل مواد ممنعة تدخل البدن فجأة وتغزو الدوران. ان هذه المسألة لم تدرس حتى الآن حق الدرس. وجل ما نعلم عنها ان معدل التراص يختلف بعد الفصادة، فهو يعلو بعدها غير ان هذا لا يكفي لايضاح مسألة المناعة.

ولكن الامر الذي لا شك فيه هو ان فعل الفصادة حسن في سير الحمى التيفية.

واذا ما قابلنا فعل الحمية المائية الناجع بفعل الفصادة فضلنا في الممارسة الحمية على الفصادة لان الفصادة تفقد الجسد كمية من الدم لا غنى لمريض مصاب بالتيفية عنه بيد ان الحمية لا تفقد المريض شيئاً وخير للمريض، على ما نرى، ان يحصل على الشفاء في خلال ٣ - ٤ ايام من ان يحصل عليه في خلال يوم واحد بعد ان يكون قد فقد من دمه مقداراً لا يستهان به.

واذا لم يكن للفصادة في المعالجة ذلك الشأن فانها كبيرة الفائدة من الوجهة العلمية ولا سيما بامر المناعة.

م. خ.

❀❀❀

لمحة عن معالجة خراجات الرئة

غير خاف ان الكثير من خراجات الرئة في يومنا يتجه عفواً او بعدان يعالج معالجة دوائية فقط الى الشفاء .

ويتبدل معدل شفاء الخراجات المعالجة بالطرق الدوائية من ١٠ — ٦٠٪ بحسب الاحصاءات غير انه اكثر في الخراجات الناجمة عن العوامل المقيحة العادية . ومهما يكن فان الامل بشفاء خراج الرئة المعالج بالطريقة الدوائية كبير في بدء الآفة فلتجرب وليبتدأ بها دائماً . غير ان هذا الزمن الذي نمده زمن البدء حيث المعالجة الدوائية ناجعة في الخراجات، مختلف كل الاختلاف بحسب الحادثات .

ولا يجوز الالتجاء الى وسائل اخرى جراحية قبل اخفاق المعالجة الدوائية التي تجب المثابرة عليها لا اقل من شهرين الى ثلاثة اشهر . واذا افضت المعالجة الدوائية الى الشفاء فالمثابرة على المعالجة واجبة، حتى متى تمّ الشفاء بسرعة، اجتناباً للنكس .

ولسنا نرمي في هذا المقال المختصر الى ذكر طرائق المعالجة الدوائية بل نحصر بحثنا في ثلاث منها فقط :

حقن الوريد بالكحول

حقن الوريد بمجاواة الصوده او استعمالها بطريق الفم

رفع الحرارة بالدملكوس او بالزيت المكبرت .

١ً — حقن الوريد بالكحول : اول من استعمله في معالجة خراجات الرئة هو لندو (Landu) ثم استعمله بورروز (Puroz) في المفونات العامة والمحاليل المستعملة كثيرة : أ - محلول قوامه جزء من كحول درجته ٩٥ وجزءان من مصل سكري زائد التوتر نسبته ٣٠ ./.

ب - محلول قوامه جزء من كحول درجته ٩٥ واربعة اجزاء من مصل ملحي متعادل التوتر

ج — محلول قوامه جزء من كحول درجته ٩٥ وجزءان من مصل ملحي غريزي . وهذا المحلول الاخير هو محلول لندو مبتدع هذه الطريقة .

يحقن الوريد يومياً من هذا المحلول بعشرين سم٣ ويثابر على الحقن خمسة عشر يوما وتعاد هذه السلسلة اذا قضت الحالة بعد فترة قوامها خمسة عشر يوماً

ويحتمل المرضى جيداً هذه الحقن فلا يصابون باقل دعث ولا بآفات وعائية او عصبية . ولا تصلب هذه الحقن الاوردة غير انها تحدث ألماً متشععاً على مجرى الوريد لا يستمر اكثر من بضع دقائق .

٢ً — جاوات الصوده : تستعمل جاوات الصوده التي تميع المفرزات القصبية الرئوية بطريق الفم او الوريد. فاذا استعملت بطريق الفم اعطيت منها اربعة غرامات في اليوم حين استعمال سلسلة الحقن الوريدية بالكحول.

واذا استعملت بالطريق الوريدي حقن منها الوريد في اليوم بغرام واحد وكان عدد السلسلة ١٥ حقنة واستعملت بعد سلسلة حقن الوريد بالكحول ويفعل غرام من جاوات الصوده بطريق الوريد اكثر مما تفعله اربعة غرامات منها بطريق الفم فاستعمالها بهذه الطريقة افضل وانجع .

وهذه الحقن غير مؤلمة ولا تصلب الوريد غير انها تحدث عادة حس سكر موقت وحرارة شديدة يزول اثرها باقل من ربع ساعة .

وتتبع عادة في الممارسة الطريقة التالية : تستعمل في البدء متى كانت العوارض العفنة شديدة حقن الكحول ومتى خفت الاعراض وانتهت سلسلة الحقن الكحولية تبدأ سلسلة الحقن الجاوية .

٣ — رفع الحرارة : هو طريقة مساعدة للطريقتين السابقتين في معالجة خراجات الرئة . ويستعمل متى عادت الحرارة طبيعية او قريبة منها ومتى طال سير المرض ولم تنضب القشاعات ولم تحسن حالة الرئة تحسناً يذكر بالرسم الشعاعي .

وترفع الحرارة اما بحقن الوريد بالدملكوس (Dmelcos) او بحقن تحت الجلد بالزيت المكبرت . وتستعمل الجاوات في الوقت نفسه. ان رفع الحرارة هذا يفضي في كثير من الاوقات الى تقصير مدة المرض وتحسين حالة لا اتجاه لها الى الشفاء .

اما الآن وقد ذكرنا هذه الطرائق الثلاث فلا بدَّ لنا من لفت الانظار الى طرز الغذاء وهو ذو شأن كبير .

لا يخفى ان المرضى المصابين بخراجات الرئة هم في الغالب فتيان او كهول وان هذه الآفة مديدة السير ومؤذية للحالة العامة وان المعالجة الدوائية قد تخيب فيها فتستدعي الحالة المعالجة الجراحية وان هذه العملية صادمة .

فاستناداً الى ما تقدم تجب تغذية هولاء المرضى تغذية حسنة لئلا تهن قواهم، فيعطون كميات كبيرة من السكر والنشويات ووقعتين من اللحم

يوماً . ولا يبدل هذا المرتب الغذائي حتى متى كانت العفونة شديدة لانه خير واسطة لدعم الحالة العامة .

اضف الى هذه المعالجة الدوائية التي ذكرناها المعالجات الاخرى العادية المسكنة للسعال والمقوية للحالة العامة والقلب .

ان هذه الطريقة تغني في كثير من الحالات عن المعالجة الجراحية وتفضلها لانها خالية من الخطر .

. . . .

ولا بدّ بهذه المناسبة من التنويه بفعل الحرارة الاصطناعية في معالجة تقيح الجنب متى طال امده ولم ينضب الصديد بعد خزع غشاء الجنب

يصاب شخص بذات الجنب المتقيحة فيخزع غشاء جنبه ويفجر جيداً فتخف الاعراض الحادة وتحسن الحالة غير ان التقيح يستمر اشهراً ولا ينضب الصديد مع ان التفجير يقع في اسفل نقطة من غشاء الجنب . فاذا ما نشط دفاع البدن برفع الحرارة الاصطناعي كانت النتيجة حسنة . وحقن الوريد بالدملكوس مرتين في الاسبوع يفضي في بعض من الحالات الى اندمال الجرح باقل من ثلاثة اسابيع . م . خ .

❀❀❀

معالجة سلس البول الذاتي

كثيرة هي المعالجات المقترحة لسلس البول الذاتي نذكر منها : تبديل حالة البول ، ادوية عصبية ، توسطات او معالجات بولية موضعية ، تأثيرات نفسية ، حتى ان بعضهم قد اقترح في أحدى الجمعيات الطبية الجراحية مؤخراً استعمال الوخز الابري (acupuncture)

وان داء تفعل فيه هذه الوسائط المختلفة لا يستطيع ان يكون آفة حقيقية كما ان تعدد هذه الوسائط في معالجته دليل على انه ما من واحدة منها كافية. ومن يطالع المجلات والمؤلفات يرى ان كل مؤلف يطنب في نوع من المعالجة ويعدد ما لاقاه من النجاح في استعماله .

واننا نرغب في هذا المقال ان نبين الطريقة التي يتبعها موريسه في معالجة مرضاه لأنها الفضلى على ما نرى . وتنحصر هذه الطريقة في اربعة امور :

١ً ـ اخذ بعض من الاحتياطات المفيدة

٢ً ـ معالجة ما تجب معالجته في الحالة العامة

٣ً ـ التأثير في العنصر العصبي

٤ً ـ واخيراً معالجة اختلال توازن البول الحامضي القاعدي ولهذا الامر شأنه الكبير .

<u>١ً — الاحتياطات : فئتان</u>

<u>أ — الاحتياطات الصحية :</u> وتقوم بتقليل السوائل ما امكن بعد الساعة

السادسة مساءً فيحذف من طعام العشاء المرق والحساء والحليب ولا يسمح للولد بشرب اكثر من قدح واحد بعد ذلك العشاء تخفيفاً لكمية البول المفرز .

وبتعيين الساعة التي يلقي فيها الولد بوله اللارادي وتقع غالباً بين الساعة الحادية عشرة ليلًا والواحدة صباحاً فينبه من نومه قبل ذلك الميعاد بنصف ساعة . ان هذا الاحتياط الذي قد لا يجدي نفعاً في البدء ينبه المصرة للقيام بعملها .

وبمعيشة الولد عيشة منتظمة هادئة بعيدة عن تعب الجسد والعقل والتنبه ويشار على الطفل بضبط بوله ما امكنه في النهار ترويضاً لمصرته . ويعطى عشاءه ويأوي الى فراشه في ساعات معينة .

وبالحمامات الحارة والمعيشة في الهواء الطلق والاستشماس التي لا تخلو من الفائدة

الاحتياطات النفسية : ان لهذه الاحتياطات شأنها في المعالجة

يوصى والدا الطفل بالامتناع عن توبيخه او تشهيره امام الآخرين والا ازداد تنبهه واستفحلت علته . وتعدّ ليالي الطفل الرطبة ولياليه الجافة ويجتنب التكلم عنها مع الولد . وعليهما ان يقبلا المعالجة التي يشير بها الطبيب غير معترضين على خيبتها في الآخرين او على طول مدتها (فان سلس البول يستدعي اسبوعاً الى ستة اشهر قبل ان يشفى)

وعلى اقارب الطفل (اخوته واخواته وجديه والخدم) ان يلاطفوا الطفل ويراعوا الاحتياطات المذكورة آنفاً واذا دخل الطفل المدرسة فعلى

اساتذته ان يتقيدوا بها .

ويذكر فالاز مشاهدتي ولدين عالجهما لسلس البول كانا لا يبولان الا في فرصة الصيف خوفاً من قصاص والديهما ومشاهدة ولد آخر لم يكن يبول ليلًا الا وهو في المدرسة لخوفه من الاساتذة .

ان جميع هذه الاحتياطات مفيدة وذكرها لاهل الطفل واجب لانها خير مساعد للمعالجة .

وعلى الطبيب قبل ان يصف اي معالجة ان يعاين مريضه معاينة عامة ودقيقة معالجاً ما فيه من العاهات :

١ً — الناميات نظيرة الغدة وضخامة اللوزتين فيشير بقطعها .

٢ً — ضيق القلفة وهجرة الخصية اللذان يعدهما بعض المؤلفين السبب المحدث للسلس .

٣ً — تقصير الغدد الصم الذي يكافح بالاستمضاء (opothérapie) وتشوشات الامعاء واضطرابات الاعصاب التي تلطف باستعمال محلول الاتروبين (١ سنتغرام في عشرة غرامات) ويعطاه الطفل بحسب سنه عشر قطرات في اليوم لطفل عمره ٨ سنوات ويعطى الكهل منه ٢٠ ـ ٢٥ قطرة . واذا بدت اعراض عدم التحمل تقطع المعالجة موقتاً . ولا تلفت انظار الطفل الى امكان ظهور هذه العوارض بل انظار والديه فقط .

واذا كان الولد عصبي المزاج سريع الغضب يعطى الغردينال علاوة على الاتروبين (نصف سنتغرام الى ثلاثة سنتغرامات في المساء) واذا كان شاحباً خاملًا يعطى الافدرين ويعتقد بعض من الاطباء الانكليز ان

الافدرين علاج نوعي لسلس البول . واذا لم يكن هذا العلاج نوعياً فان تأثيره في المصرة لا ينكر. وان الاسر (انحباس البول) الذي قد يطرأ على كهل بعد اخذ هذا العلاج لا كبر دليل على فعله في المصرة، وزوال الاسر بعد قطع العلاج لا يدع مجالاً للشك بكونه سبب هذا الاسر .

وبعد ان تراعى هذه الاحتياطات جميها وتراقب هذه الامور في الطفل تبدأ المعالجة الخاصة وهي تبديل حالة البول :

فاذا كانت الحموضة شديدة يعطى الولد ماء فيشي (قدح) مع طعام الظهر والبيارزين صباحاً وقبل طعام الظهر ولا يعطى شيئاً مساء تخفيفاً لكمية السوائل كما ذكرنا .

ويكتفي بعض من المؤلفين بماء فيشي غير انه لا يكفي لتعديل حموضة البول كما اثبتت مشاهدات كثير من المرضى فاعطاء مادة اخرى قلوية معه مفضل .

واذا كان البول قلوياً يحمض فيعطى الحامض الفوسفوري الطبي وخير منه الفوزوفورم وجرعته ملعقة حلوى او ملعقة كبيرة صباحا وظهراً بحسب سن المريض واذا كان الولد صغير السن يعطى منه ٢٠ — ٤٠ قطرة .

وتراقب حالة الحموضة او القلوية في البول طيلة المعالجة حتى اذا شذت عن معدلها الطبيعي (الواقع بين ٥٫٨ و ٦٫٢ pH) اعيد البول الى هذا المعدل .

ولكن ايكفي تعديل البول للحصول على نتيجة اكيدة ؟ لا . غير ان مصدر الخيبة في معظم الاوقات هو اهمال المعالجة او عدم انتظامها . فعلى

المريض ان يطيع طبيبه طاعة عمياء منصاعاً لارادته فاذا نجحت المعالجة كان عليه ان يثابر عليها زهاء شهر بعد الشفاء ثم تخفف المعالجة تدريجياً بقطع علاج واحد في الاسبوع الاول فالعلاج الثاني في الاسبوع الثاني فقطع العلاجين معاً اسبوعاً واحداً والعودة اليهما اسبوعاً ثم قطعهما بتاتاً ويثابر على مراقبة pH البول الذي يتجه الى الاقتراب من الحالة الطبيعية .

ولا يقال ان الطفل قد شفي قبل ان يمر شهر على انقطاع سلسه .

ولنتكلم الآن عن المعالجة الجراحية اي الحقن العجزية والمجانية حين اخفاق المعالجة الدوائية .

الحقن العجزية : ان طرز اجرائها معروف : يجثو الطفل على ركبتيه وتجس قنزعة العجز وتتبع من العالي الى الاسفل حتى يصادف انخفاض مثلث قاعدته سفلى تحده في العالي سنسنة (الناتىء الشوكي) الفقرة الرابعة العجزية وفي الاسفل والجانبين البراعم غير الملتحمة للسنسنة العجزية الخامسة .

تصنع الحقنة في هذا المثلث فبعد ان تغرز الابرة (ابرة طولها ٦ — ٧ سنتيمترات قصيرة البرية) تحت السنسنة العجزية الرابعة بضعة ملمترات لتخترق الغشاء العجزي المصعصي تخفض ثم تدفع فتدخل القناة العجزية زهاء ٤ — ٦ سنتمترات . وبعد ان يتحقق الطبيب ان الدم والمائع الدماغي الشوكي لم يخرجا من الابرة يحقن القناة العجزية بالعلاج .

ولا تخلو هذه الحقنة من بعض العوارض : وخز وريد ، خروج المائع الدماغي الشوكي ، طرق كاذبة غير ان اجتنابها سهل ولا خطر من هذه الحقنة البتة .

اما المادة المحقون بها فهي ٥ -- ١٠ سم٣ من المصل الغريزي . وتعاد الحقنة في كل اسبوع واذا صنعت الحقنة السادسة ولم تظهر فائدة تقطع الحقن

الحقن العجانية تقوم بحقن ٥٠ — ٨٠ سم٣ من المصل الغريزي في كل من جانبي الخط النصفي للعجان في جوار المصرة الغشائية . تغرز الابرة في منتصف مثلث تحده في الوحشي الشعبة الوركية العانية وفي الانسي الخط المتوسط وفي الوراء الخط بين الوركين وتوجه الابرة الى العمق حتى يقترب طرفها من المصرة . وتصنع الحقنة في البنات الى جانبي الفرج حتى يذهب السائل الى جانبي الاحليل امام المهبل .

ومتى نجحت الحقن العجزية فعلت على ما يرجح بطريق انعكاسي فان ألم الحقنة والخوف من سواها يفعلان في هذه الآفة النفسية فعلاً حسناً .

وليمتنع عن حقن القنـاة العجزية بالمواد المخرشة فان المصل الغريزي والليبيودول فقط جائز استعمالهما في حالة كهذه .

م . خ .

❀❀❀

طرز العمل في تحري الزمر الدموية

للعليم انور دويدري الطبيب الشرعي بحلب

تقوم طريقة العمل لتحري تفاعل التراص على اساس مزج المصل المعروف الهوية بالكريات الحمر المراد معرفة زمرتها وفي ذلك طرائق عديدة اهمها الطريقتان التاليتان :

١ – طريقة بيت ، فانسان (Beth ,Vincent) وهي :

توضع على احد طرفي صفحة مجهرية (lame) قطرة من مصل(Beta) « وهو مصل دم زمرة A » وتوضع على الطرف الآخر قطرة من مصل (Alpha) « وهو مصل دم زمرة B » ثم توضع على كل من هاتين القطرتين قطرة واحدة من الدم المراد فحصه والمأخوذ بوخز لب الاصبع للشخص المراد تحري زمرته ويترك المزيج دقيقتين او ثلاث دقائق ثم تقرأ النتيجة. فهي ايجابية اذا تكتلت الكريات كتيلات صغيرة غير منتظمة ، وسلبية اذا بقي المزيج متجانساً بدون تكتل او تراص فان حصل التراص بمصل (Beta) فالدم المفحوص هو من زمرة (B). وان حصل بمصل (Alpha) فهو من زمرة (A) وان حصل في الاثنين معاً فهو من زمرة (AB) ، واذا لم يحصل في كلا المصلين فهو من زمرة صفر .

٢ — طريقة فون دونغرن وهيرزفلد (M . Von Dungern , Hirzfeld)

وهي شبيهة بالطريقة السابقة تماماً ولكنها تجرى في انابيب تجربة صغيرة

عوضاً عن اجرائها على الصفحة المجهرية . وذلك بان يوضع في كل انبوب قليل من الدم الممدد بمحلول مضاد للتخثر « ليمونات الصوده» بنسبة لا تنقص عن ١ ٪ .

ثم تقطر على واحد منهما قطرة من المصل الراص (Alpha) وعلى الآخر قطرة من المصل الراص (Beta). ويزاد على هذين الانبوبين انبوب ثالث يضاف اليه المصل الفريزي وهو شاهد يجب ان يبقى متجانساً .وتترك الانابيب الثلاثة مدة دقيقتين او ثلاث دقائق في حرارة معتدلة ثم تقرأ النتيجة كما في الطريقة السابقة .

على ان كلاً من هذه الطرق تستلزم الدقـة في العمل والانتباه لبعض التحفظات الضرورية لاجتناب الخطإ والاحتراز من التغيرات الموهمة للزمرة الدموية وقد لفت كل من دوفور (Dufort) ومارتن (Martin) واناشابيرون (Anna Schapiron) ، وهوغنن (Huguenin) وديلاج (Delage) النظر الى الامور الآتية :

١ – ضرورة استعمال كريات حمر حديثة معلقة في محلول مناسب ومعتدلة الكثافة ١ ٪ .

٢ – استعمال مصل راص معاير وخفيف التمديد بنسبة $\frac{١}{٤}$ او $\frac{١}{٢}$.

٣ – مزج مقادير متساوية من المحلولين وفي حرارة جوية معتدلة ١٨° – ٢٠° .

استعمال الزمر الدموية في الطب والطب الشرعي

(Application des groupes sanguins en medecine et en medecine légale)

بعد معرفة ما تقدم من خصائص الزمر الدموية وافعالها وبعد كشف النقاب عن سر هذه التفاعلات اصبح بالامكان الاستفادة منها في الطب العملي والجراحة خاصة لدرء الأخطار التي كانت تنجم عن نقل الدم في معالجة النزف الخطر. واصبح من السهل تحري الدم الذي يوافق دم النزيف فينقل اليه دون خطر او وجل وذلك بالطريقة الآنفة الذكر التي لا تستغرق اكثر من بضع دقائق.

اما في الطب الشرعي فقد اعطت دراسة الزمر الدمية نتائج قيمة جداً وقامت بخدمات جليلة لكشف كثير من الغوامض وحل كثير من المشكلات واهم هذه الأمور تنحصر في قضيتين اولاهما تتعلق بخصائص الزمر الدمية الوراثية وتفيد في تحري الأبوة والبنوة والأمومة. اما الثانية فتتعلق بالخواص الطبيعية للزمر الدمية من حيث ثباتها وتحقق شخصيتها وتفيد في معرفة منشإ الدم المشتبه به وتعيين صاحبه.

نعم، لا سبيل الى النكران ان هذه الطريقة ما زالت عاجزة عن حل كثير من المشاكل والقضايا ومع ذلك يستفاد من نتائجها القطعية في الاحوال السلبية فيمكن الجزم مثلاً ان الرجل X لا يمكن ان يكون أباً للولد S بفضل هذه الطرق. على ان الدرس المتواصل والتجارب المتتابعة سوف تمكن الباحثين حتماً في الزمن القريب او البعيد من الاهتداء الى السبل الواضحة لكشف النقاب عن كل غموض وابهام.

الأمر الأول : وراثة الزمر الدمية وتحري الأبوة . L' hérédité des groupes sanguins et recherche de la paternité - : ان الخصائص الدمية الثابتة طيلة الحياة التي تميز الزمر الدمية بعضها عن البعض الاخر تنتقل بالوراثة من الآباء الى الابناء شأن بقية الصفات الشخصية التي تنتقل من السلف الى الخلف بصورة مباشرة او برجحان صفات احد الأبوين على صفات الآخر كما ذكر « داروين » في قوانين الوراثة المباشرة وقوانين الرجحان (prédominence) وقد ذهب ماندل (Mendel) - الذي دفعته عبقريته سنة ١٨٦٥ الى تعداد الحبوب الناتجة عن الحمص الملقح بانواع اخرى من الحمص تختلف حجماً ولوناً والمغروس في بستان الدير الذي كان يقيم فيه - الى وجود نسبة حسابية بين عدد الحبوب المختلفه حجماً وشكلاً والمتحدرة من ذلك النبت الملقح من غير نوعه . والى ان هذه النسبة ثابتة لا تكاد تتغير . وان الصفات المنتقلة بالوراثة على هذا الشكل قد تكون في غالب الأحيان جلية واضحة فتسمى الصفات المتغلبة او الظاهرة وقد تكون خفية كامنة فتسمى الصفات الضئيلة او الكمينة .

فاذا كانت الصفات الشخصية تنتقل هذا الانتقال الوراثي فليس من الغريب او العجيب ان تنتقل الخصائص الدمية - التي هي في الحقيقة كنه تلك الصفات وسر مصدرها - انتقالاً وراثياً من الآباء الى الابناء بصورة لا تقبل الجدل على ان فون دونغرن وهيرزفلد قد اثبتا بالاختبار والاحصاء ان صفات الكريات الحمر وزمرها تنتقل بالوراثة من الآباء الى الابناء خاضعة بانتقالها لقانون ماندل بما فيه من تغلب وضآلة. فالعناصر B،A التي هي منشأ الزمر

الدمية تكون بالانتقال الوراثي ذات صفات متغلبة . واما فقدان هذه العناصر «O» فهي الصفة الضئيلة .

وتخضع وراثة هذه الصفات للنسبة العددية المعروفة في نمط بيزوم (Pisum) الوراثي وهي ٧٥ ./· للصفات المتغلبة ، ٢٥ ./· الصفات الضئيلة.

فوجود صفة متغلبة في دم الولد مثلاً يقضي حتماً بوجودها في دم احد الابوين ومعنى ذلك انه اذا لم توجد احدى الصفات المتغلبة A او B في دم أحد الابوين فلا يمكن وجودها في دم الولد ابداً .

ولسهولة الفهم يمكن ان نحصر ما لدينا من المعلومات الحديثة في ما يلي :

١ ـ اذا كان كل من الابوين من زمرة A او B فالأولاد يكونون من الزمرة نفسها ويحملون الصفة المتغلبة او لا يكونون منها ويحملون الصفة الضئيلة وذلك بالنسبة المذكورة سابقاً ٧٥ ./· ، ٢٥ ./· .

أي : A + A = A,A,A, O او = A,A,A,A

٢٥ ./· ٧٥ ./·

B + B = B,B,B,O. او = B,B,B,B.

٢ ـ اذا كان احد الابوين من زمرة A او B والآخر من زمرة O فالصفة المتغلبة توجد في جميع الاولاد او في اكثرهم .

A + O = A,A,A,A او = A,A,A,O

B + O = B.B.B.B. او = B.B.B.O

٣ ـ اذا كان كل من الأبوين من زمرة O فالأولاد كلهم من الزمرة نفسها .

$$O + O = 0.0.0.0$$

٤ ـ اذا كان احد الابوين من زمرة A والآخر من زمرة B يكون الاولاد من الزمر الاربع

$$A + B = A.B.\ AB.O$$

٥ ـ اذا كان احد الابوين من زمرة A B والاخر من زمرة O استطاع الاولاد ان يكونوا من الزمر الاربع

$$AB + O = A.B.AB.O$$

وذلك على رأي دونغرن وهيرزفلد وخالفهم برنستين (Bernestein) في ذلك

فقد ذهب كل من دونغرن وهيرزفلد الى انه يمكن ان تتولد الزمر الاربع من اثنين من الازواج (deux couples) حاملة عناصر الوراثة «Allemorphe» في مادة الكروموزوم من خلاياها المنشئية وخاضعة في الوقت نفسه للقوانين المندلية .

اما برنستين (Berniestein) الذي اقام في السنة ١٩٢١ باعماله وتحرياته المستندة الى اسس رياضية فانه مجاري المؤلفين المذكورين فيما ذهبا اليه من انتقال العناصر الموروثة في المكان نفسه من كروموزوم الخلايا المنشئية، ولكنه يخالفهما بامكان تولد الزمر الاربع من اثنين من الازواج حاملة للعناصر الوراثية فقط لانه لا يمكن التثبت من صحتها بصورة فعلية. وعلى ذلك يقول إن الزمر الاربع يمكن ان تحصل من نتيجة تزاوج ثلاثة من الأزواج الحاملة لعناصر وراثية (Allemophe) مختلفة « A،B،O ». كما انه

يجاريهما فيما يتعلق بوراثة الزمر O،B،A ولكنه يخالفهما بوراثة الزمرة A B لزمرة O . فبالنسبة اليه :

A + B = A او B ولا تنتج O ابداً ووافقه على ذلك هيرزفلد بعد تحرياته الاخيرة .

يستنتج من هذا كله انه لا رادّ لنظرية التوارث للزمر الدموية وخير برهان يقدم لاثباتها ما يشاهد احياناً في الحمل التوأم وفي حوادث الالقاح على الالقاح بصورة خاصة (superfecondation) الذي يحصل في الأنثى الملقحة بزمنين مختلفين ومن شخصين مختلفين بالزمرة ايضاً . فمن المعلوم في الحمل التوأم الذي تلقح فيه البيضتان في زمن واحد ومن رجل واحد يكون الحمل وحيد الفيتلين والولدان من زمرة واحدة . اما اذا حصل القاح بعد القاح بيضتين من رجل واحد فالحمل يكون ثنائي الفيتلين والولدان من زمرة واحدة ايضاً .

واذا حصل القاح على القاح ومن شخص آخر مختلف الزمرة يكون الحمل ثنائي الفيتلين والولدان من زمرتين مختلفتين غالباً وقد شوهد مثل ذلك وهو دليل قاطع على حصول الالقاح على الالقاح من جهة وعلى توارث الزمر الدموية من جهة اخرى .

وقد ذكر هوسر (Hausser) ان محكمة استوكهولم المدنية فصلت في قضية من هذا النوع مستندة الى نتيجة التحريات الحيوية للزمر الدموية .

امـا التوارث بالزمر N،M فهو ابسط فهماً مما تقدم بحسب اعتبار لاندستينر ولافين فالوراثة فيها هي وراثة متوسطة (intermédiaire) ليس

فيها صفات متغلبة ولا ضئيلة ذات عنصرين وراثيين يرمز اليهما بحرف a،A لا تغلب فيها ولا ضئآلة . وعلى ذلك فالشخص الذي هو :

من زمرة . . . . M هو مماثل البذرة A A homozygot

والشخص الذي هو من زمرة N » » » » a a

» » » » » M.N » » » A a

وهذه العناصر متوضعة في الكروموزوم ايضاً ولكنه لا يوجد في كل كروموزوم من الخلايا المنشئية الا عنصر وراثي واحد ينتقل بالتوارث من الأبوين الى الابناء فمن ذلك يستنتج القانون الآتي :

«ابوان من زمرة M مثلاً لا يمكن ان يلدا ولداً من زمرة N وبالعكس» فيستفاد من هذه المعلومات لحل مشاكل الأبوة والأمومة والبنوة في حالة تبدل الأولاد .

١ — تحري الأبوة (recherche de la paternité) — :

ليس من الممكن ان يجزم بان فلاناً اب طبيعي للولد فلان لأنه يمكن ان يكون الأبوان المشبوهان من زمرة واحدة او من زمر مختلفة يمكن ان يتحدر ذلك الولد من كل منها فمثلاً ولد من زمرة O يمكن ان يتحدر من عيلة من زمرة A ومن عيلة من زمرة B ومن عيلة O،AB والخ كما تقدم ذلك على انه يمكن الجزم في كثير من الاحيان بنفي الأبوة فيجزم مثلاً بان الرجل X لا يمكن ان يكون اباً للولد S وهذا يعد نجاحاً كبيراً في هذا المضمار اذا علمنا انه يعطي نتائج قطعية في ثلث الحوادث تقريباً .

وقد بين مورو (Mourau) بناء على تجاربه واحصاءآته الاحوال التي

لا تمكن فيها الأبوة في الجدول الاتي :

اذا كانت زمرة الأم	وزمرة الولد	فالاب لا يمكن ان يكون من زمرة
O	O	AB
O	A	لا O ولا B
O	B	لا O ولا A
A	O	AB
A	A	كل الزمر ممكنة
A	B	لا O ولا A
A	AB	لا O ولا A
B	O	AB
B	A	لا O ولا B
B	B	كل الزمر ممكنة
B	AB	لا O ولا B
AB	A	كل الزمر ممكنة
AB	B	» » »
AB	AB	O

اما باعتبار الزمر M ، N بالنظر للاندستينر فتكون النتيجة كما يلي :

اذا كانت زمرة الام		وزمرة الولد		فالاب لا يمكن ان يكون من زمرة
M	:	M	:	N
MN	:	M	:	N
N	:	N	:	M
MN	:	N	:	M
M	:	MN	:	M
N	:	MN	:	N

ان تحري هذه التفاعلات الحيوية والرجوع الى تعيين الزمر الدمية لاثبات الأبوة او عدمها قد انتشر انتشاراً واسعاً في البلاد الالمانية التي سبقت غيرها في هذا المضمار واباح القانون الألماني الاستناد الى النتائج المجتناة من هذه الطريقة بل جعل تحريها من الامور التي لا غنى عنها . فقد فصلت المحاكم المدنية الألمانية فيما يزيد عن الخمسة آلاف من دعاوي اثبات الأبوة سنة ١٩٢٩ مستندة فيها كلها الى تحري الزمر الدمية. وفصلت سنة ١٩٣٤ في ثلاثة آلاف دعوى من هذا القبيل ايضاً . على ان السؤال الذي يوجه من قبل المحاكم قانونياً هو كما يلي : (الا يمكن جلياً ان يكون السيد X اباً طبيعياً للولد S ؟) . وقد تسرب انتشار هذه الطرق الى البلاد المجاورة فشاع استعمالها قانونياً في الدانمرك وسويسرة والنمسة وتشيكوسلوفاكية والبلاد السكندينافية

اما في امريكة في الولايات المتحدة والبرازيل فقد ابتدىء حديثاً بدرس هذه الطرق والنظر اليها بعين الاهتمام والاعتبار .

اما في البلاد اللاتينية حيث يسيطر قانون نابوليون (Code Napoléon) فلم يعترف بعد بقانونية هذه الاختبارات والاستناد اليها . وقد ابتدىء مؤخراً بالرجوع اليها ولكنها ما زالت محدودة جداً . فقد نشرت الصحف الفرنسية سنة ١٩٣٧ الماضية باحرف بارزة اول طلب لهذا الاختبار توجهه المحكمة المدنية في نيس بصورة قانونية الى الخبراء الفنيين ، لتعيين الزمرة الدموية ومعرفة حقيقة الأبوة وذلك في ١٧ تشرين الثاني سنة ١٩٣٧ .

على ان ليبوانت (Lepointe) ذكر للجمعية الطبية الشرعية الفرنسية ان محكمة السين المدنية كانت طلبت تطبيق هذا الاختبار في احدى دعاوي اثبات الولادة منذ تشرين الثاني سنة ١٩٣٥ .

اما ايطاليا فهي الدولة اللاتينية الاولى التي اعترفت بهذا الاختبار بتأثير العالم « لات » (Lattes) الذي بذل كثيراً من الجهود في هذا الصدد .وقد اجمعت محكمة التميز الايطالية في جلستها في ٣ شباط سنة ١٩٣١ على قبول الطلب وتطبيق هذا الاختبار والاستناد اليه . وكانت الدعوى الاولى التي حكم فيها بناء على نتيجة تحري الزمر الدمية هي التي اقامها تروياني (Troiani) على شونفلد « Schonfeld » .

اما في بلجيكا فقانون اثبات الابوة المعدل سنة ١٩٠٨ اوسع حرية من القانون الفرنسي وقد ترك الامل كبيراً بامكان الالتجاء الى اختبارات الزمر الدمية التي عم انتشارها بسبب الجهود الكبيرة التي بذلها مورو (Mourau) في هذا الصدد وبفضل النتائج القيمة التي ادت اليها اختباراته الواسعة .

٢ — تحري الامومة (recherche de la maternité)

ان هذا التحري لا يختلف في شيء عن تحري الأبوة ولكنه اقل حدوثاً وقلما يحتاج اليه الا في حوادث سرقة الاولاد كأن تسرق امرأة ولداً وتدعي انه ابنها . او في حال بدل الاولاد كأن تستبدل الام ابنتها بولد اخرى او بالعكس وكل ذلك يحصل في قضايا الوراثة . وكذلك في قتل الاطفال (enfanticide) وادعاءآت الاجهاض والخ .

٣ — تبديل الاطفال : (L' échange d' enfants)

يندر جداً تطبيق تحري الزمر الدمية في هذا الصدد لندرة حصول هذا التبديل . على انه قد يحدث في مؤسسات التربية والتوليد ، كما ذكر ديجاريك وديلاريفيير وكوسوفيتش في الحادث الآتي :

اخذت احدى الممرضات ولدين حديثي الولادة لتغسيلهما في الحمام ولم تعد تعرف بعد ان اختلطا لأية ام يعود كل منهما ، فأشكل الامر ولم تعد هناك طريقة لمعرفة ذلك الا اختبار الزمر الدمية .

ففي العيلة الاولى M كانت الام من زمرة A والاب من زمرة A ايضاً . واما في العيلة الثانية P فكانت الأم من زمرة B والأب من زمرة A . اما الأولاد فأحدهما كان من زمرة A فيمكن ان يكون لكل من هاتين العيلتين على حد سواء بحسب قوانين الوراثة :

$$A + A = A , A , A , O$$

$$A + B = A , B , AB , O ,$$

اما الولد الثاني فكان من زمرة B فهو والحالة هذه لا يمكن ان يكون

للعيلة الاولى M بل هو للعيلة الثانية P حتماً .

فبدراسة القوانين الوراثية ووراثة العوامل A،B من جهة وبدراسة وراثة الخصائص M ، N من جهة ثانية يمكن التحقق في كثير من الأحيان من نفي امكان الأبوة كما بين ذلك العالم (لات) حيث يمكن الحصول على نتيجة جيدة مرة في كل ست مرات بالاستناد الى الخصائص والزمر A ، B على انه بالاستناد الى الزمر M , N يمكن ان تنفى الابوة مرة من كل ثلاث مرات فعليه يمكن الحصول على نتائج اكيدة بنسبة ٣٣ ٪ وهذا نجاح كبير له شأن يذكر

واخيراً فدراسة الخصائص الاخرى P ، G ، H . مكنت العالم شيف (Schiff) انْ يصنف المصول الى ١٤٤ صنفاً وراثياً ولا يزال ذلك قيد الجدل والبحث .

الامر الثاني: ثبات الزمر الدمية وتعيين منشإ الدم واللطخ الدمية :

(II^e fix . des groupes sanguins et le diagnostic individuel des taches de sang) :

انه من السهل في الوقت الحاضر ان يعرف منشأ الدم انسانياً كان ام حيوانياً بفضل الطرق المخبرية والتحريات المجهرية بدون الحاجة الى تعيين الزمرة الدمية . وانما الصعوبة هي في معرفة منشإ الدم الانساني الى اي شخص يعود من بني الانسان ولهذه المعرفة شأنها في الحوادث الجنائية التي يكثر فيها المتهمون والاظناء وهي ذات شأن ايضاً في معرفة هوية لطخ الدم المشاهدة في اماكن الجريمة وعلى اثواب القاتل او المقتول وعلى الأسلحة المستعملة في الجريمة .

غير انكير انه لا قيمة لكل من هذه التفاعلات اذا كان المتهمون كلهم من زمرة دمية واحدة ولكنها على العكس عظيمة الفائدة اذا اختلفت زمرهم وكثيراً ما تختلف وعلى ذلك يكون لبحث الزمر الدمية شأن كبير وفضل عظيم .

على انه يجب ان لا يغرب عن البال ان للتبكير في اجراء سائر هذه الاختبارات لتعيين هوية اللطخ الدمية فائدة كبرى في ادراك النتائج الصحيحة لما قد يطرأ على الدم من طوارىء خارجية تفسده او تجففه فتؤثر ولو تأثيراً ضعيفاً في القدرة الراصة للدم كما تقدم ذلك: فالتفسخ مثلاً يؤثر في الراصة اكثر مما يؤثر في مولدة الراصة (بالمباري Palmieri) ، وكذلك الحرارة فانها تفسد الراصة بالدرجة ٦٥° — ٧٠° (سيرا كوزا Siracusa) وتفسد مولد الراصة بالدرجة ١٠٠ فاكثر (لات Lattes) .

وكما تؤثر هذه الطوارىء الخارجية ، فطبيعة الحامل للطخة الدم كالطباشير والاسمنت ، الدهانات والمواد الملونة للانسجة والخ كلها تؤثر ايضاً في في خاصة التراص الدموي . وهذا هو سر الخلاف بين المؤلفين على مدة احتفاظ الدم بقوة التراص : فبعضهم لاحظ ان هذه الخاصة تفقد من الدم بمرور ستة اشهر عليه ، في حين ان بعضهم ومنهم (لات) قد استطاع كشفها بعد مضي ثمانية عشر شهراً حتى بعد خمس سنوات ايضاً . ومهما يكن الامر فثبات الزمر الدمية في الشخص وعدم تحولها وتبدلها وثبات بقية الاوصاف الخاصة كل ذلك يسهل على المختبر ادراك النتائج ويفتح طريقاً الى الحقيقة في كثير من الاحيان وكما هو عليه الامر في اثبات الابوة

حيث لا يمكن الاعتماد الا على النتائج السلبية فهنا ايضاً لا يعتمد الا على النتائج السلبية فان وجدت لطخة دم مثلاً على اثواب مشتبه بجريمة او متهم بقتل ولم يكن دم تلك اللطخة من زمرة دم المقتول امكن دفع الشبهة عنه لاسيما اذا كانت هذه الشبهة ضعيفة .

وعلى كل ففي الحوادث الجنائية يجب الالتفات الى الامور الآتية :

أ — : تعيين هوية الجثة المصلية ومعرفة الزمرة التي هي منها ،

ب — : تعيين الهوية المصلية للطخة الدمية ومعرفة زمرتها .

ج — : تعيين الهوية المصلية والزمر الدمية لسائر الاشخاص المتهمين .

اما طريقة العمل لتعيين هوية الجثة المصلية فلا تختلف في الاموات عنها في الاحياء ابداً ويجب التبكير فيها ما امكن قبل حصول الحادثات الرمية (phénomènes cadavériques) وتتبع فيها الطرق الآنفة الذكر . طريقة بيت ـ فانسان او فون‌دونغرن وهيرزفلد .

ويعتبر تعيين هوية الجثة المصلية من الامور الضرورية اللازمة لكل جثة تفتح . فكما يستلزم فتح الجثة فتح الاجواف الثلاثة فهو يستلزم تعيين الزمرة الدمية لها وهو قانون مرعي في البلاد البافارية ولم يراع بعد في غيرها على ما نعلم على ان اكثر علماء الطب الشرعي ان لم نقل كلهم اصبحوا يميلون الى التسليم بهذه النظرية والاعتراف بفضائلها ما زالت خالية من المحاذير .

واما تعيين هوية اللطخ الدمية ومعرفة زمرتها فيكون اما بتحري الراصة (agglutinine) او بحري مولدة الراصة (agglutinogène)

١ — تحري الراصة : يمكن ذلك اذا كانت اللطخة حديثة العهد لان الراصة سريعة الفساد قليلة المقاومة كما تقدم وفي تحريها طريقتان :

أ : طريقة « لاندستينر ، رختر » التي عدلها « لات » Methode de Landsteiner Richter modifiée par Lattes وهي تطبق على اللطخ الكبيرة .

اما العمل فهو ان يضاف قليل من الدم اليابس المأخوذ من اللطخة المراد فحصها الى محضر مجهري لمحلول معلق « en suspension » للكريات الحمر النموذجية اي المعروفة الزمرة A و B وتقرأ النتيجة بعد بضع دقائق فان حصل التراص بالكريات فالمصل العائد للطخة المفحوصة يحوي الراصة (alpha) وعليه تكون كرياته الحمر من زمرة B . واذا حصل التراص بالكريات B كانت في المصل الراصة (Beta) وكانت الكريات من زمرة A .

ب — طريقة لات (Lattes) : وهي تطبق على اللطخات الصغيرة جداً. اما العمل فهو ان تعطن اللطخة بقليل من الماء المقطر ثم تبخر على حرارة خفيفة ثم تمزج بالماء المقطر ثانية ثم تبخر وهكذا تكرر العملية خمس او ست مرات ثم تعامل بعد التبخير الاخير بمحلول معلق للكريات الحمر النموذجية « المعروفة الزمرة » وتقرأ النتيجة كما في الطريقة السابقة .

ولا يغرب عن الذهن انه يلزم اجراء «التجربة الضدية» التي هي للمراقبة والتحقق من صحة النتيجة : وهذه التجربة هي تحري التراص بين اللطخة المشتبه بها وبين الكريات الحمر العائدة لزمرة O التي لا تحوي مولدة الراصة والتي يجب ان لا تترص بدم تلك اللطخه المشتبه بها ، والا فيمكن الجزم ان

هناك دماً حيوانياً قد اضيف الى تلك اللطخة .

وليحترز ولينتبه لاجتناب اسباب الخطإ . واهم ما يشوش هذه النتائج هو التراص الكاذب (pseudo-agglutination) الذي يمكن اجتنابه باستعمال ادوات معقمة ومحلول كروي جديد التحضير بنسبة ٢,٥ ٪ في المصل الصناعي او في محلول « رو » (Roux) الذي يمكن ان يضاف اليه شيء من الفورمول بنسبة ٥ ٪ لئلا يفسد .

ويجب اجتناب التنضد الكروي ايضاً وذلك باستعمال محلول ليستيني . واخيراً يجب ان تطبق هذه التفاعلات في حرارة جوية معتدلة لا تزيد عن ٢٠°

ب — تحري مولدات الراصة Recherche des agglutinogènes

يطبق هذا التحري على اللطخ الدمية القديمة جداً لان مولدة الراصة لا تفسد بجفاف الدم ولانها تحتفظ بخصائصها الفعالة مدة طويلة ولو كانت الكريات الحمر نفسها تفقد خاصة التراص بالتجفف وقدم العهد ولذلك تتبع في تحري مولدة الراصة هذه طريقة غير مباشرة وهي تجرى كما يلي :

تسحق اللطخة المراد فحصها سحقاً ناعماً ثم يضاف اليها قليل من المصل الغريزي وكمية مساوية لكمية المصل من مزيج كل من مصل Ahpha و Beta ويترك الجميع في المثلجة ساعة واحدة فتعدل مولدة الراصة الكائنة في الكريات الحمر العائدة الى اللطخة المراد فحصها ما يوافقها من الراصة ويبقى الآخر حراً فلمعرفة الراصة الحرة تعامل على التوالي بمحلول معلق لكريات حمر نموذجية A و B فتعرف هوية تلك الراصة الباقية وهوية الراصة المعدلة بمولدة الراصة الكائنة في تلك اللطخة فاذا كان المصل المعدل هو (alpha)

فالكريات الحمر للطخة هي من زمرة B وبالعكس .

تعيين هوية اللطخ غير الدمية : identification des taches non sanguines

ليست خصائص الزمر النوعية لمولدة الراصة خاصة بالدم فقط بل هي موجودة في بقية سوائل البدن كالمني مثلاً كما بين « ياما كامي ولاندستينر » (Yamakami et Lendsteiner) وفي المظام والغضاريف والمفرزات كاللعاب والبول والمخاط المعدي والأنفي والمهبلي وفي العرق واللبن واللباء والدموع، وفي النخط (السائل الأمنيوسي) والسائل الدماغي الشوكي والخ..

وقد تمكن الباحثون بفضل الطرق العديدة والوسائط الدقيقة من الاتيان بالعجائب والمدهشات في كشف القناع عن كثير من الغوامض. فقد عرف لات (Lattes)وهاراغوتي(Haragutti)زمرة الشخص الحلوية من الأثر الذي يتركه من اللعاب على عقب السكارة ، كما عرف ذلك العالم كريستنسن (Christensen) من لطخة بول على السراويل في حادث افتضاض بكارة وتمكن هيرزفلد وآمزل (Hyrzfeld·Amzel) من معرفة زمرة الشخص الحلوية ايضاً ببقع العرق والمواد الدهنية . وتمكن دل كاربيو وجيوردانو (Del Carpio et Giordano) من معرفة ذلك بما تتركه الاصابع من الانطباعات بواسطة ذلك الأثر الضئيل من المواد الدهنية والعرق .

❀❀❀

رأي جديد في آلية موت المحروقين

ترجمة الطالب السيد شفيق البابا

لقد استرعى مؤتمر الجراحة مؤخراً انتباه العالم الطبي من جديد نحو مشكلة الموت في المحروقين فاذا قبل معظم الاطباء سريرياً فكرة الانسمام الناجم عن بؤرة الحرق فليعلم انه لم يقم حتى الآن دليل تجربي يثبت هذا السم وطرز تأثيره وهذا ما حدا باوندرهيل (Underhill) الى القول في عام (۱۹۳۰) بعد ان كرس من حياته مع اعوانه عشر سنوات لدراسة المسألة تجريباً: « يجب ان يلجأ ولا شك في حل مشكلة وجود سم في المحروقين الى التجربة على الحيوان اكثر من التجارب السريرية، وقد قمنا طيلة السنين الاخيرة بتجارب ادت الى نتائج مفيدة جداً اذ افضت بنا هذه التجارب الى الشك في وجود سم خاص في الحروق وحملتنا على الظن بانه لا فائدة من فرضية وجود مثل هذا السم، وفضلاً عن ذلك فاني على يقين ان بقاء الاعتقاد بوجوده هو عثرة في سبيل ايضاح مسألة الحروق، والاعمال التي تعزى اليه يمكن ان تطبق تماماً على صورة اخرى. واني اريد ان استبدل نظرية السم في الحروق بفكرة ان الحرق يحدث في الجسم سلسلة شروط تنتهي بالعوارض الخاصة التي عزيت الى السم، وتقع تلك الشروط السريرية تلو فقدان كمية كبيرة من الدم العائد الى الناحية المحترقة فبسبب كثافة دموية شديدة ينجم عنها

قصور في الدوران المحيطي يؤدي الى تبدل درجة الحرارة واضطراب وظيفة الـكلى وهبوط الضغط الدموي وسلسلة من آفات اخرى . وان ما يشاهد من الآفات التشريحية المرضية كالنزوف والقروح المعوية يجب ان ينسب كذلك الى التبدل الوحيد البدئي والاساسي الا وهو تبدل الدوران بسبب نفوذ الحرارة الى الاعضاء والنسج . » .

فمثل هذا الاعتراف الصريح الذي اقر به (اوندرهيل) بعد عشر سنين قضاها في البحث ترك اثره في كثير من الباحثين ، وقد عالجنا بدورنا هذه المسألة منذ سنوات خلت وسعينا الى تمديد امد الحوادث المفضية الى الموت عدة ايام، اذ ان حرق طرف خلفي بـكامله في الـكلب بعد تخديره ادى الى موت الحيوان بعد بضعة ايام تمـكنا في اثنائها من تتبع ما طرأ من التبدلات الحكمية والـكيمياوية على الدم والبول وغيره خطوة خطوة ، واعتقدنا انـه يجب ان تتأسس كل دراسة في الحروق على معرفة حقة بمرض المحروقين اي على معرفة التبدلات الخلطية التي يفضي اليها هذا الرض ، فقد ظهر لنا في الحقيقه انه اذا اتقن تعريف هذا المرض كان من المنطق رؤية هذه الصفحة المميتة عند جميـع الحيوانات المجرب فيها تأثير هذا السم في الحروق او غيره وهكذا تسنى لنا ان نكشف في كلب مات بعد بضعة ايام من حرقه ما يلي :

١ — في البول :

١َ — بيلة آح مستمرة

٢َ — بيلة اسطوانات ثابتة

٣َ — ابالة انتهائية

٤ً — نقصاً بيناً في كلورور البول

٢ — في الدم :

١ً ـ فاقة دم واضحة ومترقية تناولت عدد الكريات وقيمة خضاب الدم

٢ً ـ ازدياداً ثابتاً ومترقياً في مقدار بولة الدم .

٣ً ـ ازدياد الآزوت غير الهيولي .

٤ً ـ تحولاً غير منتظم ليس له قيمة دلالية في الآزوت الباقي .

٥ً ـ نقصاً في حجم الكريات .

٦ً ـ ثبات القيمة العامة لهيوليات الدم .

٧ً ـ انقلاباً مترقياً في النسبة بين المصلين والكريوين .

٨ً ـ هبوطاً تدريجياً في مقدار كلورور الدم في الكريات والمصل .

٩ً ـ تناقص المدخر القلوي

١٠ً ـ حموضة دم مترقية .

١١ً ـ ازدياد مقدار كولسترين الدم .

١٢ً ـ ازدياداً واضحاً في سرعة التثفل الكريوي .

١٣ً ـ نقصاً بيناً في الكتلة الدموية .

١٤ً ـ وقد تجلت الدراسة المجهرية في كلى الكلب المحروق عن صور تشبه ما يرى في التهاب الكلى السمي الحاد .

واذا ما علمنا ذلك جيداً امكن لنا ان نقول ان الكلب الذي يشمم طرفه المحروق قبل انتهاء الساعة السادسة لا يظهر فيه داء المحروقين او تبدو اعراضه طفيفة ويشفى الحيوان ، اما اذا اجري التشميم متأخراً اي في الساعة العاشرة

مثلًا كان لامناص من ظهور اعراض داء المحروقين فيه .

وقد افتكرنا استناداً الى هذه التعاليم ان هذا العنصر السام في المحروق قد يمر في دم الحيوان ولكنه سرعان ما يثبته احد الاعضاء ، وهذا يشرح لنا ما صادفه المجربون من الخيبة في عزل شيء من هذا العنصر السمي من الدم الجائل .

ولقد قمنا بتطعيم عنق كلب فوق السباتي والوداجي بطرف كلب آخر ثم حديثاً وبعد ان استتب الدوران مدة ثماني الى عشر ساعات احرق الطرف المطعم فشوهد ان الحيوان الاول كان يموت بانتظام وفي بوله ودمه جميع علائم داء المحروقين .

ثم اجريت سلسلة تجارب اخرى كان يروى فيها رأس كلب من دم آخر محروق مدة ست الى ثماني ساعات فشوهد ان الكلب المروى رأسه مات بعد ايام بداء المحروقين .

واتبعت هذه بسلسلة اخرى من تجارب كانت اكثر احكاماً من الاولى اذ ربطت في زمن اول الشرايين والاوردة الفقرية في كلب (رقم ٢ بعد ان تأمن دوران رأسه بالشرايين السباتية والاوردة الوداجية ، وبعد اسابيع احدث دوران متصالب استمر ست ساعات كان يروى فيه راس الكلب المذكور بدم كلب محروق (رقم ١) فمات الكلب الثاني تدريجياً بداء المحروقين

وهكذا استطعنا ان نبرهن ان في دم المحروقين عنصراً سمياً يثبته كلما امتص في الساعات الاولى التي تلي الحرق ، دماغ المحروق حيث يحدث آفات ثابتة .

وفضلاً عن ذلك اذا وصل كلب ثالث بالدوران العام للكلب الثاني الذي كان يروى رأسه فقط بدم كلب محروق لم تبدُ فيه أية آفة دموية او كلوية . فالتهاب الكلى في الكلب الثاني لا ينجم اذن عن آفة مقصودة احدثها عنصر سمي بل سببه تبدل الدوران من منشإ دماغي. وليعلم ان التجارب التي قمنا بها والتي اتينا على خلاصتها هنا باختصار كانت تكرر مرات عديدة مع مقارنة النتائج في حيوانات شاهدة دوماً .

واخيراً لقد وجدنا بفحص ادمغة الكلاب المحروقة والكلاب التي كانت تروى بدم اطراف محروقة او بدم محروق آفات مجهرية ثابتة -- لم نر لها أثراً في الحيوانات الشاهدة -- في المراكز السنجابية المجاورة للحدبة وخاصة في النواة قرب البطينات والنواة فوق السرير البصري .

فالمجال اذن متسع للظن بوجود عنصر سام يسير في الدوران اثناء الساعات الاولى التي تلي حرقاً متسعاً لم يكن كافياً لموت المريض مباشرة ، وهذا العنصر يصيب المراكز الدماغية النباتية وينجم عن آفة هذه المراكز ما يرى من تبدلات الدم الحكمية الكيمياوية والتهاب الكلى المترافق مع نقص كلورور الدم او ازدياد الآزوت فيه ، واسباب كثيرة تحملنا على الظن ان النوى قرب البطينات وفوق السرير البصري داخلة في نطاق هذه المراكز النباتية .

لويس كريستوف

❀ ❀ ❀

معالجة السعال

للدكتور كامل سليمان الخوري (بروكلين نيويورك)

السعال عرضٌ من الاعراض المهمة في علم الامراض ، وقد ينشأ عن عِلَل عديدة يضيق نطاق المجلدات عن عدّها ، وقد استنسبت ذكر اهمّ الطُرق العلاجية الممكن التشبث بها في مكافحة هذا العرض :

معالجة سعال الطرق التنفسية : يُحمد كثيراً في التهاب الحنجرة النزليّ اراحة العضو من التكلم ، مع المكث في الفراش واستنشاق الأبخرة المطرية يضاف الى مقدار من الماء الحار ملعقة قهوة من صبغة البخور ، او نصف ملعقة قهوة من الغومينول « goménol » ، او ثلاثون الى اربعين قطرة من المزيج الآتي :

حامض فيني كحول	من كلٍ	غرام واحد
ماء الغار الكرزي		خمسة عشر غراماً

ويجب ان يُغطى الرأس في اثناء الاستنشاق بمنشفة تكون مفروشة بالوقت ذاته على وعاء الماء العلاجيّ ، يكرّر ذلك ثلاث مرار او اكثر في النهار مدة ربع ساعة ، مع استعمال هذه الجرعة :

جاوات (بنزوات) الصوده		خمسة غرامات
مكوحل (الكولاتور) جذر خانق الذئب		غرام واحد
شراب دياكود شراب صدري	من كلٍ	مائة غرام

يُعطى من ذلك في كل يوم ثلاث الى اربع ملاعق طعام في نقيع سخن ومُحلّى من زهر الزيزفون او الازهار الصدرية المعروفة . . . واذا اختلط التهاب الحنجرة بالزكام الانفي يستحسن غسل الحُفر الانفية بماء بوري فاتر بنسبة اثنين في المائة ، ثم يُقطر في الإنف بضع نقط من الميستول « Mistol » او الميستول مع الإفيدرين .

اما السعال الأبحّ والمزعج الذي يرافق التهاب الحنجرة الصرصريّ « laryngite striduleuse» فيمكن توقيفه بوضع رفائد مشربة ماء سخناً امام العنق ، وتجديد ذلك مراراً كلما بَرَدت . ويحسن تلطيف هواء الغرفة بتبخير ماء معطّر . ويحرّض العليل ان يتنفس من انفه فقط ، وذلك بقصد تخفيف انقباضات المزمار ، لان التنفس الانفي يجلب مقداراً من الهواء أقل مما يحصل عن التنفس بالفم ، وهكذا يكون الهواء بالوقت ذاته اقل برودةً ، ثم يُلجأ الى استعمال جرعة برومورية لمنع عودة النوب :

برومور البوتاسيوم	غرامان
شراب الايثير	٢٥ غرام
ماء زهر البرتقال	خمسة غرامات
ماء بسيط	اربعون غراماً

تُؤخذ منه ملعقة صغيرة في كل ربع ساعة، بنوع ان يكون مقدار البرومور المأخوذ نصف غرام في الساعة ويُؤثر استعمال هذه الجرعة مساء .

اما السعال الخناقي (الدفتيري) فلا نتكلم عنه في هذا الفصل اذ لا انجع من استعمال المصل النوعي لمكافحته ، وقد صار ذلك معروفاً جيداً اليوم ، ويخطىء كل طبيب يتأخر ولو ساعة باستعماله . ويلطف سعال التهابات الحنجرة

المزمن باستنشاق الابخرة الكبريتية المتصعّدة من المياه الكبريتية مدة عشرة دقائق من كل صباح .

اما المرضى القوبائيون المصابون بالتهاب الحلق المزمن فالأجدر استعمال مستحضرات الزرنيخ لهم ومس حلقهم بمحلول كلورور التوتيا بنسبة واحد الى ثلاثين ، ويجوز نفخ مساحيق قابضة مثل هذا التركيب :

شب	ثلاثة غرامات
حامض عفصيّ	غرام واحد
مسحوق السكر	خمسة عشر غراماً

ويُقاوم سعال التهاب الحنجرة الافرنجي او الدرني ببعض مستحضرات الافيون ، او الباريتول وما شاكل من المستحضرات التي لا تُعدّ اليوم واذا حصل قبض من جراء الافيون ، يُقاوم ذلك بالملينات على انواعها .

اما ذات القصبة الحادّة المتصفة بسعال مؤلم ، وحسّ احتراق خلف القصّ ، فتلطف بوضع لبخات مخردلة على الصدر الى ان يحمرّ الجلد ، وتعطى هذه الحبوب المسكنة :

خلاصة الافيون	سنتغرام واحد
خلاصة اللفاح }	من كل نصف سنتغرام
خلاصة الجوز ماتل }	

لحبة واحدة . يؤخذ ثلاث حبات مثلها في كل يوم ، ولا يسوغ اهمال المشروبات السخنة معها ، مع الحتم على العليل بالراحة . وبعد ثمانية ايام اذا أدّى الزكام الى نفث بصاق مخاطي حدبدي وجب استعمال البلسميّات :

شراب بلسم الطولو شراب بلسم كنادا شراب دياكود	من كلٍ مائة غرام
ماء الغار الكرزي	خمسون غراماً

يستعمل من هذا المزيج ست الى ثماني ملاعق لتحلية المغليات النباتية الصدرية . و يُعطى التربين بجرعة غرام واحد في النهار في ثلاث برشانات . ولا بأس من اعطاء الكبريت ملء ملعقة قهوة مخلوط بالعسل . وافضل علاج في هذه الاحوال هو مسحوق دوفر المنفّث والمسكن ، لاسيما اذا اضيف اليه احد املاح الكينين ، هكذا :

مسحوق دوفر	٢٥ سنتغراماً
كلورهيدرات الكينين	٢٠ سنتغراماً

في برشانة واحدة ، يُؤخذ من ثلاث الى اربع برشانات في النهار .

في حوادث التهاب القصبات الحادّ جميعها لايسوغ الاهتمام بالسعال الاّ متى رافقته اعراض عامة قوية .

واذ ذاك يحسن استعمال المقيّئات والرفائد المبلولة ماءً حاراً حول الصدر ، مع المغاطس السخنة على ثماني وثلاثين او ست وثلاثين درجة ، كل ثلاث ساعات ما دامت الحرارة البدنية واصلة الى ٣٩° مئوية . وهذه المغاطس كلية الفائدة في الاطفال لانهم اكثر عرضةً من اليفعان للوقوع في شرك التهاب القصبات الدقيقة المخيف . ولا يرغب كثيراً في المغاطس عند الشيوخ نظراً لاستعدادهم للغشي والاغماء بسبب ما يكون قد اعتراهم من وَهن القوى ، وما يكون عليه قلبهم من الضعف والحؤول .

وفي التهاب القصبات المزمن يجب البحث عن سبب السعال الاصلي وملاحظة عدم كفاية الـكليتين وما شاكل ذلك، ثم يلجأ الى الحمية عن الملح ، وتنقيص مقادير اللحم في الاطعمة واعطاء التيوبرومين (Theobromine) ، و يلطف التهاب القصبات الذي يعتري النقرسيين بالحمية الغذائية ،ويمنع اللحم بتاتاً في طعام المساء ، فيستعاض عنه بالبقول والخضر والمحليات والفواكه وما شاكل .

واذا ظنَّ ان الرئة هي السبب الاول في اثارة السعال ، وجب الافتكار بالتدرن ، والبحث عن عصية كوخ في الحال ، ثم يبادر الى التحوّط بـكلما ذُكر من الطرق . انما يجب الحذر من ارهاق العليل بكثرة العقاقير ، لان مدة المرض طويلة . وبما ان اغلب الادوية التي تسكن السعال تضعف في الوقت نفسه المعدة والهضم ، فالاحسن اذّخارها الى آخر النهار عند هجوم الليل ، ولا افضل اذ ذاك من الالتجاء الى مستحضرات الافيون كنحو ملعقة طعام من شراب الكودئين. او سنتغرامين من الديونين، او خمسة مليغرامات من الهيروبين، اذ انها تولي العليل راحةً ونوماً هادئاً لا تشوشه نوب السعال المزعجة . واذا اشتد السعال الى درجة زائدة يعمد الى الحقن بماء الغار الكرزي تحت الجلد ، إما صرفاً او ممزوجاً بمقدار قليل من كلورهيدرات المورفين لا يتجاوز ميلغراماً او ميلغرامين .

اما في النهار فيحسن استعمال البلسميات اذا كانت المعدة تحتمل ذلك :

تربين	١٠ غرامات
كونياك اوروم	١٠٠ غرام
شراب بلسم كنادا او الطولو	٢٠٠ غرام

تؤخذ منه ملعقة صغيرة وقت الطعام ويثابر عليه عشرة ايام . ويستحسن اعطاء جواهر ذات تأثير في تنبيه عضلات الخلايا الرئوية مثل الجويدارين (الارغوتين) وعرق الذهب ، لما هو معروف عن هذا الاخير من خاصة تميع المفرزات القصبية وتسهيل انطراح القشاعات ، واليك هذا الترتيب :

جويدارين	٥ سنتغرامات
مسحوق عرق الذهب	٥ ملغرامات
خلاصة جوز القيء	سنتغرام واحد

لحبة واحدة . يعمل مثلها عشرون حبة لعشرة ايام، واحدة قبل طعام الظهر واخرى قبل طعام المساء . ولا يسهون عن البال فعل المصرفات النافع كالحجامة الجافة يومياً والحجامة الدموية . اما الحراريق القليلة النفع أو الخالية منه في الاشكال الحادة ، فكثيراً ما تجدي نفعاً كبيراً في الاشكال المزمنة . فلو وضعت حراقة صغيرة في كل عشرة ايام لخف احتقان القصبات وتنشطت الانسجة والكريات البيض ودحر العدو الكامن، وسهل امتصاص السوائل المرضية المفرزة ، انما حذار من وضع الحراقات قبل تأكد سلامة الكليتين .

وقد حصل في المدة الاخيرة نجاح اكيد وسريع من خمص الرئة المصابة وفي احتقان الرئة الحاد يجب الاعتماد على الفصد .

اما السعال الديكي (الشهقة) فيخفف بالانتبرين واللقاح والبروموفرم . واذا رافقت العلة حالة زكامية وجب الحقن بالمورفين لتهدئة النوبة .

اما انواع السعال العصبية الانعكاسية فيجب مزيد التروّي قبل ذكرها للمرضى لانها كثيراً ما ولّدت اضراراً لا تعوّض ، اذ قد يتفق ان يعزى

الى سعال انعكاسي عصبي بدء تدرن رئوي لم يدقق بالانتباه له . فليتصور المرء كم من الاخطار تتهدد شابة في بدء تدرنها الرئوي . وقد حكم عليها بالمناضح الباردة (دوش) زعماً انها مصابة بالهرع (هستيريا)

فعلينا نحن الاطباء ان ندقق في فحص الصدر ، واذا التبس علينا الامر فلنستعن بالاشعة ، لنفي كل احتمال درني قبل ان نلفظ كلمة الاطمئنان ونقول للمريض ان سعاله انعكاسي لا كبير خوف منه ، ثم نتعمد معالجة العضو المؤوف ، او الجهاز العصبي المهزوز .

ولا يبرحن ابداً عن بالنا الناميات اللحمية في الحفرتين الانفيتين فقد تسبب في اكثر الاحيان سعال الاولاد الصغار . وكثيراً ما ينسب السعال في الرضع الى الاسنان ، وقد يصح هذا التشخيص في بعض الحوادث ، فالافضل قبل التشخيص النهائي فحص المنخرين والحلق فان ذاك يكون اقرب الى الصواب وأسلم عاقبة .

❀❀❀

آداب عيادة المريض والاعتناء به

للدكتور كامل سليمان الخوري (بروكلين نيويورك) .

توطئة : وان تلك مجلة المعهد الطبي الراقية تكتب بالأخص للاطباء مع ذلك فنظراً لما تنشر من المقالات الرائعة ، ولتوخيها تنظيف لغة الضاد من كل شائبة نرى الكثيرين من العامة يتلذذون كثيراً بمطالعتها، ولذا ظننّا ان نشر بعض قواعد لعيادة المرضى يكون لها الوقع الحسن، لاننا في اختباراتنا الطويلة رأينا العجب المدهش من سلوك بعض الانسباء والاصدقاء لدن عيادتهم المريض، وكأني بهم اتوا ليشقّوه عوضاً عن ان يشفقوا عليه كما يزعمون وليس ذلك في الوطن القديم وحده بل شاهدنا اموراً غريبة في هذه البلاد الاميركية المعدودة راقية في الآداب والاخلاق ، وعليه نقول :

اولاً اهم شرط في عيادة من كان مريضاً مرضاً خفيفاً ، هو تقصيرها بما في الامكان ، خوفاً من ان ينقلب انحراف صحته الخفيف الى وعكة لا لزوم لها ابداً ، ومعلوم ان العيادة ليست بزيارة يجوز فيها اكرام الضيف على تلطفه وتقديم الدخان وما شاكل مما يعلمه القارىء اللبيب .

ثانياً : عند عيادة مريض في حالة التعب او الخطر يُكتفى فقط بالاستفسار عن صحته من احد افراد اسرته ، او الاكتفاء باعطاء بطاقة لأحد اخصّائه او وضعها على المنضدة والانصراف ، اذا لم يجد احداً ليعطيها .

ثالثاً : ايها العائد الكريم لا تغترّ وتلبث طويلاً عند المريض وان هو

الحَّ عليك بالبقاء لمؤاساته وتسليته، فلعلك لا تسلم من ملامة زوجته واولاده الذين يعتدّون اطالة مكثك غير مرغوباً فيها ان لم تكن ثقيلة ، اذ انها ان لم تضرّ تواً بالمريض ، فلا تخلو من المضرة بذويه المحتاجين الى الراحة ، فلعلهم قضوا الليلة الماضية ساهرين على عليلهم، فاصبحوا اليوم في شديد الحاجة الى راحة النهار حتى يتسنى لهم ان يتناوبوا السهر عليه في الليلة القادمة .

رابعاً : اذا كانت حالة العليل تستدعي السهر الطويل عليه ، فالاحرى بذويه الطلب من خدمهم ان يتناوبوا العمل فيسهر بعضهم ، وينام البعض الآخر ، ولا يجوز ان يسهروا كلهم الى منتصف الليل، ثم يستغرقون كلهم في النوم حتى الصباح ، ولا يخفى ما هنالك من التقصير بحق المريض ، على انه يُستثنى من هذه القاعدة ذوو اليسار الذين يمكنهم استخدام ممرضة قانونية لمريضهم .

خامساً : اذاً يا عزيزي القارىء استأذن في عياداتك بالانصراف باكراً ولو اضطررت الى التعلل بانشغالك ، وان لم تكُ حقيقة مشغولاً ، فكذبة مثل هذه تُعدّ باعتقادي فضيلةً ، وتذكر القول الوجيه :

غِب وزرْ غبّاً تزدْ حبّاً فمن اكثر الترداد أضناهُ المَلَل

سادساً : اجتنب جهد طاقتك حين عيادتك التكلم عن الأمراض والادواء ، ولا تذكر ان فلاناً مصاب بمرض كذا ، وان فلانة بحاجة الى عملية جراحية ، فمثل هذه الاحاديث والمسامرات عن العلل والوفيات لا محل لها من الا[illegible]ب ، ولا عذر لمن يحادث المريض بها ولا بوجه من الوجوه ، وتحـ[illegible] محادثة المريض وممازحته ، وزفّ بعض البشائر المسلية اليه .

سابعاً: حذارِ من ابداء افكارك بشأن المريض وسؤاله عما اذا كان راضياً ومسروراً من طبيبه أم لا . فان هـذا الامر من شؤون الطبيب والمريض وأسرته ، الا اذا كان المريض طلب رأيك هو نفسه او احـد افراد عيلته نظراً لكونك تعرف شيئاً عن الطبيب واختبرته بنفسك ، وعليك اذ ذاك ألاّ تتفوه الاّ بما تعتقده الصدق والحق والاخلاص، بانياً رأيك على اختبارك الشخصي بشأن الطبيب الذي تعرفه بنفسك، والفائدة التي جنيتها من ارشاداته في اثناء تطبيبه لك ولآل بيتك . وحذارِ اثناء ذلك ان تضع مسؤوليةً على نفسك ، لانك ربما لا تنجو من الملامة فيما بعد .

ثامناً : يُعاب كثيراً العائد فيما اذا الحّ على المريض بتغيير طبيبه ليستدعي له طبيباً آخر له صداقة ودالّة عليه ، ولا تنسَ يا قارئي العزيز ما نطقت به الامثال : قطع الارزاق كقطع الاعناق .

تاسعاً اربأْ بنفسك ان تفاخر وتتبجح بمعارفك واختباراتك بشأن حمية المريض والانتقاد على شدتها ، او على تساهل الطبيب المداوي بها ، لأن هذا الاخير اعرف منك بكثير بالحالة، ولأمرٍ ما اوصى بما أوصى. واتذكر الآن انه اثناء مرضي بالحمّى نظيرة التيفية عادني في وقت واحد ثلاثة من الاشخاص وكل منهم ارتأى رأياً بشأن غذائي بدون ان يُكلف الى ذلك، مع انهم ثلاثتهم كانوا يعرفون ان والدي طبيب. فما رأيك بمريض يعوده في يومٍ واحد عشرات من العوّاد (الشقاقين) .

عاشراً : اما اذا شكا لك العليل نفسه صرامة الحِمية ، واسترشدك بشأنها فعليك فقط ارشاده الى مكاشفة الطبيب المداوي بهذا الامر ، معتذراً بانّ

ذلك ليس من اختصاصك .

حادي عشر : لا تسوّغ آداب العيادة للصديق العائد - غير المرتبط بقرابة نسب — عيادة صديقه اكثر من مرة او على الكثير مرتين في الاسبوع . اذن ذهابك كل يوم يُعدُّ امراً إدًّا خارجاً عن حدود الواجبات ، وبمثابة وضع الشيء في غير محله . هذا اذالم يُعزَ اليك التطفل وكثرة الغلبة .

ثاني عشر : اناشدك الله ايها القارىء، واناشدتك الله ايتها القارئة الامتناع عن التدخين باي صورة من الصور في غرفة العليل . فقد يجوز ان يلحّ هو او ان تلح عليك امرأته بان لا محذور ولا مانع ان تتسلى (بنَفَس أر كيله) او لفافة تبغ ما زال المريض نفسه مغرماً بالتدخين، وكثيراً ما يدخن في اثناء مرضه . فأشير عليك ان تقف عند كلمتك والاّ تدخن ابداً . وهَبْ ان المريض نفسه شجّعك اذ ذاك وشعّل لفافته ، فلا تدخن انت ، لان دخان لفافة واحدة اقل ضرراً من الاثنتين او الثلاث، ولا يندّنّ عن نيرتك انه من اللياقة رؤية غرفة المريض نظيفة من دخان التبغ الثقيل ، وان هي الاّ بضع دقائق او اكثر بقليل فيها تقهر ارادتك، لانك قد أتيت لعيادة مريض قد دفعك اليها حبك الصحيح له ، ولا تنسَ يا عزيزي انك لم تأت للتسلية وتقطيع حصة من فراغ وقتك، او للتمتع بالراحة، بل قد اتيت لوفاء فرضٍ واجب ، والافضل ان تذهب وتستريح في بيتك وتدع العليل وشأنه ، فكفاه ما يعاني من الكرب والضجر ! . .

ثالث عشر : يجدر بالعوّاد الاخصاء — اي المرفوع التكليف بينهم

وبين اهل المريض - ان يدعوا لهذا الاخير السكون المطلوب ، والحرية التامة في تغيير وضعيته او ازالة ضرورة او اكتساب غفوة صغيرة او . . او . . وان يلحوا على المريض بأخذ قسط من الراحة ويحصروا كل اوقاتهم بخدمة المريض . اما باقي العُوَّاد الكرام من اصدقاء ومعارف فبعد ما يكونون اخذوا كل حظهم من كل امر فلينصرفوا بهدوء وسكينة مقصرين بما في الامكان (الدهليزية) المعتادة .

رابع عشر : واسمح لي بتذكيرك ايها العائد الأديب ان اعظم هدية تهديها الى صديقك المريض هي تقصير مدة العيادة كما مرَّ بك اعلاه ، ثم يأتي في الدرجة الثانية تقديم باقة من الزهر تبهج خاطره ، وتسرُّ ناظره .

خامس عشر : على انني اكره عادة تقديم الثمار او السكاكر او انواع المآكل على الاطلاق ، لأنها عادة مضرة جداً بالمريض كما لا يخفى . واتذكر بهذه المناسبة حادثة ارويها لك ايها المطالع للعظة والتفكهة .

كنت ارسلت احد مرضاي الى المستشفى لاستئصال الزائدة الدودية ، وقد أجريت له بحضوري على اتم دقة . وأكمل اعتناء ، وفي اليوم الثاني والثالث من العملية كانت حالته حسنة ومبشرة بشفاء قريب . ولكن شد ما كان ذهولي في اليوم الرابع واندهاش اطباء المستشفى اذ شاهدنا اعراضاً مهددة داهمته ، وبعد الفحص والتحري وجدنا قطع أثمار في مواد قُيائه ، ولم ينجُ ذلك المسكين من الخطر المفاجيء الا بعناية الهية خاصة واعتناء زائد من الاساة والممرضات ! . .

وبعد ابلاله اقرَّ لي معترفاً ان صديقاً له عاده واطعمه برتقالتين دفعةً

واحدة ، فقلت له اذ ذاك — فكيف اذن يا صاح لو كان لك عدواً ؟ . . . .

واتذكر طبيباً فرنسياً خصب البدن طويل القامة لم يكد يبلّ من حمى تيفية حتى عادته خطيبته وقدّمت له تفاحة ، فلم يجرأ على مخالفتها بل اكلها حالاً ، وكان الموت الزؤام مختبئاً فيها ، فأودت بحياته في اليوم الثاني. فارجو من قراء مقالتي هذه مطالعتها بتروٍّ ، والاجتهاد طاقتهم بالعمل بموجبها ، فاكون اذ ذاك ممتناً وشاكراً لهم .

❀ ❀ ❀

مستحدثات طبية

١ — معالجة داء الافرنج الزرنيخية بتقطير كمية كبيرة من العلاج في الوريد قطرة قطرة

بين تزنك ودوبيرات ولافي ان اجتناب العوارض التي قد تطرأ في سياق معالجة داء الافرنج بالارسنوبنزان مستطاع بتقطير كميات وافرة من هذه المركبات في الوريد قطرةً قطرة .

ان معظم العوارض ولا سيما السكتة المصلية (apoplexie séreuse) يظهر بعد الحقنة الثالثة فاجتناباً لهذه العوارض يحقن بعضهم المريض في كل يوم بكميات مقدارها ٠٫٩٠ سنتيغراماً حتى بلغوا ٢٫٧٠ غم في ثلاثة ايام وقد رأى تزنك ان هذا المقدار لا يكفي وخشي من حدوث عوارض بعده فعمد الى طريقة تمكنه من الحقن ببطء زائد بمعدل سنتيغرام واحد في كل دقيقة .

والجهاز بسيط فهو يتألف من حبابة مدرجة متصل بها انبوب مطاط يصلها بقطارة مورفي ومن انبوب آخر من المطاط يخترق قارورة تارموس (Thermos) لتدفئة السائل قبل دخوله الوريد .

تصنع الحقنة والمريض صائم في احد اوردة ثنية المرفق وبعد ان تدخل الابرة الوريد تثبت بالساعد بقطعة من المشمع اللاصق ويكون المريض مضطجعاً على سريره فيتمكن من القراءة حتى من النوم في اثناء الحقنة التي تستمر من ٣ — ٥ ساعات

واما مقدار العلاج فهو ١.٥٠ نوفار محلولة في ١٥٠سم٣ من المصل الفريزي. فيستطاع بهذه الطريقة حقن المريض باربعة غرامات ونصف نوفار في ثلاثة ايام وتقصير زمن الاستشفاء ومدة العدوى التي لا تتعدى الايام الثلاثة .

وتزول العوارض الافرنجية بهذه الطريقة باسرع من زوالها بالطرق الاخرى وتختفي المتمعجات من مكان الآفات والعقد ويعود تفاعل بورده واسرمان منفياً في اسبوعين الى ثلاثة اسابيع :

ولا تؤهب هذه المقادير الكبيرة المريض للتحسس كالمقادير الصغيرة . ولا ما يمنع استعمال هذه الطريقة فلا السن ولا البيئة يضادان استطبابها وهي تحتاج مع ذلك الى درس وتدقيق .

٢ — معالجة عصابات الوجه

يظهر ان بعضاً من عصابات الوجه (آلام التهاب الاسناخ ، الالام بتمطط العصب السني السفلي او انضغاطه بعد استخراج النواجذ، عصابات الدرد névralgies des édentés) ودية المنشإ . فيستطاع تلطيفها وشفاؤها بطريقة سهلة : اي بحقن سم٣ من النوفا كائين بدون ادرنالين حول الشريان الوجهي في مسيره امام الماضغة .

وطرز اجراء الحقنة سهل: تعين حافة الماضغة الامامية بتقليصها وحافة الفك السفلي وتغرز الابرة في نقطة واقعة على بعد سنتمتر من كل من هاتين النقطتين في النسيج الخلوي السطحي باتجاه ارنبة الانف ويحقن بالمحلول المدفأ يبطء فيزول الالم في الحال وقد يستمر التحسن واذا عاد الالم اعيدت الحقنة مرة ثانية وثالثة في اليومين التاليين واذا لم تحسن الحالة فلا فائدة في المثابرة على الحقن .

٣ ــ معالجة حكة الشرج

يعتقد سيرازي ان حكة الشرج جرثومية الطبيعة في معظم الاوقات فتارة تتكون علة مزمنة في الناحية بسبب البواسير او في عقب مذح(intertrigo) بين الاليتين فيتفاعل الجلد بازاء الجراثيم المختلفة(المكورة العقدية او العنقودية او المعوية) وبما ان هذه النملة (eczéma) حاكة فقد سموها باسم عرضها الاساسي.

واليكم المعالجة التي يقترحها سيرازي :

١ ـ تكمد الثنية بين الفخذين وفوهة الشرج صباحاً ومساءً بماء البيور الممدد بثلاثة اضعافه من الماء المقطر والمفتر في حمام ماري

٢ ـ تجفف الناحية باعتناء

٣ ـ يمرخ طويلًا بهذا المرهم المؤلف من الاجزاء التي يتألف منها ماء البيور

كبريتات النحاس	٠،٠٣ غم
كبريتات التوتيا	٠،٠٥ »
ماء مقطر	٣ سم
زوفى (لانولين)	٥ غم
دهن النفط (فازلين)	١٠ »

ويذر مسحوق الطلق على الناحية بعدئذ

٤ً - توضع بين شفتي الثنية قطعة من الغزي المعقم .

ويثابر عـدة اسابيع على هذه المعالجة ريثما تحسن الحالة وقـد تشفى الحـكة بها .

واذا مرت اربعة اسابيع ولم تحسن الحالة تحسناً يذكر يضاف الى المرهم غراماً غودرولين (goudroline)

ومتى كانت الحـكة شديدة تسكن اولاً بمراهم مضادة للحكة زهاء ١٥ يوماً ثم تستعمل معالجة الصدمة الحيوية وافضلها حقن الوريد ثلاث مرات في الاسبوع بمحلول تحت كبريتيت الصوده المعقم بنسبة ٢٠ ٪ (حبابة تحتوي على عشرين سم٣ من هذا المحلول) ويجوز ان يستعاض عن هذه الحقن الوريدية بحقن الهيستامين (Histamine) في ادمة الناحية المؤلمة او بحقن الدم او بحقن خلاصة الطحال المزال آحينها (désalbuminé) . ويعطى العصبيون ٥ — ١٠ سنتيغرامات غردانال مساء .

واذا لم تحسن الحالة في خلال ستة اسابيع وهـذا نادر تصون الناحية مساء بصابون معتدل وتجفف باعتناء زائد ثم تُطلى بكحول يودي مئوي .

يود	١	غم
كحول درجته ٩٠	١٠٠	»

وتعمد الناحية بعد نصف ساعة بزبدة اليبور الآنفة الذكر

وحذار من استعمال مراهم الزئبق المخرشة للجلد

والاستشرار والاستشعاع (etincelage et radiothérapie) وسائط مسكنة مساعدة للمعالجة الموضعية

واذا لم تكن الحكة الشرجية جرثومية بل كانت ناجمة عن الحرقوص تقتل هذه الديدان .

واذا نجمت عن الخمائر :

١ً – تطلى الناحية بالكحول اليودي المئوي

٢ً – يوضع بعد نصف ساعة مرهم حامض خفيف اولاً فقوي بعدئذ

حامض الصفصاف (ساليسليك)	١ – ٢	غم
الحامض الجاوي (بانزويك)	٢ - ٤	»
دهن النفط (فازلين) }		
زوفى (لانولين) } من كلٍ	٦	غم
شحم }		

و يعتقد سيرازي ان دور قصور الكبد واضطرابات الودي ثانوي في حكة الشرج م . خ .

* * *

٤ ـــ في استعمال اللقاح المضاد للنزلة الوافدة

في الوقاية والشفاء

تظهر اوبئة النزلة الوافدة عادة في الشتاء وتجتاح البلدان فاتكة عائثة غير ان فصل الصيف لا يخلو من بضع حادثات منها قد تكون فتاكة مميتة .

تبتدىء النزلة الوافدة عادة بزكام خفيف ووهن وألم رأس وقه واتساخ لسان ولا يمرّ يوم او يومان حتى تظهر علامات التهاب القصبات وتتضح العلامات العامة فتبلغ الحرارة ٣٩ . وتستمر هذه العفونة بضعة ايام وتنتهي عادة بغتة غير ان النزلة قد تتعرقل اذا لم يكن دفاع البدن كافياً بالتهاب القصبات والرئة ولاسيما في الاولاد . وليعلم ان عدوى النزلة الوافدة شديدة وان العيلة الواحدة قد يصاب معظم افرادها .

فما العمل ؟

ان افضل ما يصنع متى بدت العلامات الاولى جرياً على نصيحة ليموان ومينه التلقيح باللقاح المضاد للنزلة الوافدة. وكلما بكر في اجرائه كانت فائدته اكبر وتكرر حقنة اللقاح ثلاثة ايام متوالية وتصنع منها واحدة في كل يوم .

واذا كانت النزلة الوافدة قد اتضحت ومرت على بدئها ثلاثة ايام فلا تتبدل المعالجة الا ان استعمال اللقاح واجب واذا كانت الاعراض شديدة والحمى عالية تصنع حقنتان من اللقاح صباحاً ومساء

النتائج الباهرة التي تعقب استعمالها اكبر برهان على شططهم

تصنع في ذات القصبات والرئة التي تعقب الحصبة او الشرق (السعال الديكي) منذ ظهور العلامات الاولى الرئوية حقنة اولى وتستعمل الوسائط الاخرى معها اللفائف الرطبة ، الحمامات الحارة ، الاشربة المنشطة غير ان الاعتماد يجب ان يكون على اللقاح بالخاصة . يحقن الاولاد من اللقاح المضاد لذات الرئة بالمقادير التالية :

الاولاد ما دون السنة والنصف ثلث حبابة في المرة الاولى ونصف حبابة في المرتين الثانية والثالثة ويجوز صنع حبابة كاملة

الاولاد ما بين ١٨ شهراً وثلاث سنوات : نصف حبابة في المرة الاولى و ٣/٤ الحبابة حتى حبابة كاملة منذ الحقنة الثانية .

الاولاد مافوق ثلاث سنوات نصف حبابة في المرة الاولى وحبابة بعدئذ وهذا اللقاح واقٍ ايضاً فليقلح به الاولاد المخالطون للمحصوبين والمشروقين

❀❀❀

٥ ـ تناذر موترة اللفافة العريضة

درس لريش وجونغ هذا التناذر وهو ظهور ألم شديد منتشر في اسفل عمود الفقار والالية ولا سيما وجه الفخذ الوحشي حتى منتصفه في سياق حركة فتل لجانبه .

ويتصف هذا الألم بظهوره عفواً وبوقوعه في جانب واحد وبعدم استيقاظه بالجس وباشتداده باخف حركات الحوض . وليس للمفصل اقل علاقة به لان حركاته جميعها ممكنة. والوضعة الوحدة التي يستطيع المريض اتخاذها هي الاضطجاع الافقي واما الجلوس فمستحيل والالتواء الجانبي فشاق جداً

ويوقظ التمسيد الألم ولا تأثير للاستحرار والاشعة المجهولة والموجات فيه

وليس مصدر الألم فقرياً ولا ينتشر الألم الى الزنار الحوضي وليست العضلات متقفعة غير ان الغشاء الفخذي يظهر متوتراً وصلباً . ويبين لنا توزع الألم ان موترة اللفافة العريضة هي العضلة المصابة فهي واللفافة العريضة معها متقلصتان وصلبتان وقد تشترك الالوية الكبيرة ايضاً بهذه الصعوبة ولاسيما بالبافها الامامية .

واذا ما حقن بالنوفوكائين عند جسم الفقرة الرابعة الفقرية لم يحسن الحقن الحالة واما اذا حقن به على طول الارتكازات الحوضية لموترة اللفافة العريضة فان الألم يخف ثم يزول في خلال ٣ - ٤ ايام بعد ان يكون قد لازم المريض اسابيع لا بل اشهراً . ولا يفيد الحقن في منتصف الفخذ او فوقه حيث أشد الألم .

مولود عجيب

نثبت رسمين لمولود عجيب ولدته في قرية كفرسوسه من ضواحي دمشق امرأة عمرها ٣٥ سنة في الشهر التاسع لحملها وقد قامت بتوليدها القابلة القانونية الآنسة ليندا سلوم بمهارة واتقان استحقت عليهما شكر العيلة ونجت الام



الشكل — ١

مما كان يتهددها من العوارض ومما كان قرره بعض الاطباء بشأنها من عمليات جراحية لافراغ رحمها .

يظهر في الرسم الاول وهو الرسم الامامي ان المولود ذكر وان له رأسين وعنقين وصدرين واربع ايد وانه متصل منذ الناحية السرية حتى العانة اتصالاً تاماً . ويتفرع من الحوض طرفان سفليان تاما التكون اي مؤلفان من فخذين وساقين وقدمين . ويظهر من الاعضاء التناسلية المذكرة القضيب



الشكل — ٢

وكيس الصفن الخالي من الخصيتين . وفي الجملة فان هذا الرسم يبدو فيه ان المولود منفصل الى مخلوقين تامي التكون في قسميهما العلويين حتى السرة وانهما منذ السرة فما دون مندغمان مخلوقاً واحداً

ويظهر في الرسم الثاني الخلفي ما ظهر في الرسم الاول غير ان في الناحية

المجزية طرفاً سفلياً ثالثاً منحرفاً افقياً لا يستطاع تمييز الفخذ او الساق او القدم، فيه قسمه العلوي ملتصق التصاقاً وثيقاً مع اتجاه الى اليسار حتى ان تقويم هذا الانحراف مستحيل . والفوهة الشرجية مسدودة غير ان الرفو ظاهر .

. . . .

ورأسا هذا المخلوق كبيرا الحجم مستسقيان ووزنه عشرة كيلوات

* * *

الجزء ٥ المجلد ١٣

مجلة
المعهد الطبي العربي

دمشق في تشرين الثاني سنة ١٩٣٨ م . الموافق لرمضان سنة ١٣٥٧ هـ .

بخر الفم

من المعلوم ان البعض تنبعث من افواههم رائحة نتنة تحمل الناس على الابتعاد عنهم .

ولا علاقة لهذا البخر بتبادلات الغازات بين المعدة والرئة اي لانبعاث الغازات من بعض المواد المبتلعة والمنهضمة وامتزاجها بهواء الزفير واكسابه تلك الرائحة النتنة ، بل ان لبخر الفم اسباباً اخرى غير ما ذكرنا .

وليست الحادثة موقتة تأتي وتزول بل حالة مرضية مستمرة تفعل فعلها وتؤثر تأثيراً سيئاً في معنويات المريض .

وقد جهل الطب برهة هذه الحالة ناسباً اياها الى اسباب مبتذلة : هضم مختل ، أسنان نخرة وغير ذلك. وعزا بعض من الجراثيميين بخر الفم الى اختمار عارض يحدثه بعض من الراجبيات (bactéries) غير ان خيبة المعالجة بمطهرات الفم المتنوعة ولا سيما عدم عدوى البخر حتى بين الزوجين يدعوانا

الى نبذ نوعيته والتفتيش عن سبب آخر .

ولنميز منذ الآن بخر الفم الذاتي الذي نتكلم عنه عن نتن رائحة الفم التي تطرأ على المصابين بآفات التهابية متنوعة حادة او مزمنة مقرها الرئة او الفم والبلعوم : خراجات الرئة ، توسع القصبات ، التهابات الجيوب، التهاب الفم الزئبقي ، التهابات اللوزتين المزمنة ، التهاب اللثة المتقيح، وغير ذلك . ونعني ببخر الفم الذاتي تلك الرائحة النتنة التي تنبعث بلا انقطاع من افواه اشخاص يظهرون بمظهر الصحة الجيدة .

وقد عني منذ بضع سنوات بولدیراف بدرس هذه الحالة وتمحيصها واثبت ان مصدر الرائحة النتنة جوف المعدة وليس جوف الفم. فمتى انصبت عصارة المعدة والصفراء في المعى وامتزجتا فيه بعصارة المعى اكتسبتا في بعض من الاشخاص خواص مخرشة ذات علاقة بعصارة المعثكلة (pancréas) واحدثتا فعلها ولا سيما في من ساءت حالة امعائهم . فيتفاعل غشاء الامعاء المخاطي متقلصاً تقلصات عنيفة تكون نتيجتها ان السائل المخرش يعود الى المعدة . فاذا كان محتوى المعدة قلوياً عوضاً عن ان يكون حامضاً تجزأت المواد الهيولية العائدة الى المعدة تجزؤاً نتناً وكانت عصارة المعثكلة المتبدلة منشأ هذا البخر .

غير ان آراء بولدیراف النفيسة لا تنجو من الانتقاد . فاذا ضربنا صفحاً عن عودة العصارة المعثكلية المتبدلة الى المعدة التي قد تكون فرضية محضة فان كثيراً من الاشخاص البخر الافواه ليسوا مصابين بنقص الكلورية بل ان محتوى معدهم حامض في معظم الاوقات وليس صالحاً للتفسخ الذي ذكرناه . اضف الى ذلك ان اقياء هولاء المرضى ليست نتنة الرائحة ،

حتى ان كيموس الامعاء حيث البيئة قلوية ، ليس نتن الرائحة ايضاً .ولايخفى ان عامل التفسخ في جهاز الهضم لا يحدث الا في الامعاء الغليظة. فضلّاعن ان المعدة لا تفرغ افراغاً مستمراً غازها في جوف الفم . فاستناداً الى هذه البراهين والى غيرها مما يطول البحث فيه تنفي المصدر المعدي وانبعاث الغازات من جوف المعدة الى الفم واحداثها للبخر .

ولا يسلم تمشز بآراء بولديراف بل يعزو بخر الفم الى مصدر معوي .فان غازات البخر النتنة تصدر عن جهاز التنفس بجريان معوي رئوي . وقد بين ساناويلي بالاختبار منذ بضع سنوات ان المواد الغازية او الطيارة اذا ما ادخلت في الامعاء مباشرة بطريق الشرج انطرحت بسرعة بالرئتين مع الهواء المزفور .

غير اننا لا نستطيع التسليم بان بخر الفم الذي قد يكون نتناً لا يطاق سببه تلك الاجزاء الضئيلة من المواد الغازية او الطيارة التي امتصتها الامعاء وسيرتها في الدوران . ولا نستطيع تشبيه الامعاء الغليظة ، مقر هذه الاختمارات النتنة، بمرحاض تنبعث منه هذه الغازات انبعاثاً مستمراً لان هذا لا يتوافق مع حياة الانسان .

ولا يستطاع التسليم ايضاً لا بفرضية تمشز القائلة ان الروائح لا تمرُّ الى الفم الا اذا كان غشاء الامعاء المخاطي متبدلاً . فان الغازات وجميع المواد الطيارة تمتصها جدر الامعاء حتى متى كان غشاؤها المخاطي سليماً واثبات هذه القضية بالاختبار ممكن .

وقد استند تمشز في زعمه هذا الى ان المصابين بخر الفم مريضة امعاؤهم

ولا سيما قولوناتهم في معظم الاوقات . ولكن اذا أصيب هولاء ببخر الفم فلا يعني هــذا ان الغازات يسهل مرورها خلال غشاء امعائهم المتبدل بعض التبدل .

ولا خلاف في ان تبدلات غشاء الامعاء المخاطي تؤثر دائماً في بطانة الفم والمثل القديم القائل ان اللسان مرآة جهاز الهضم صحيح كل الصحة ومتى مرضت الامعاء لا تمرض المعـدة وحدها بل الفم ايضاً . وليست اقسام جهاز الهضم مستقلًا بعضها عن البعض الآخر كل الاستقلال بل انها متضامنة ويعلل تضامنها بتفاعل الشبكة العصبية الوافرة في هذا الجهاز . فان المصاب بمرض معوي مصاب في الوقت نفسه بمرض معدي . ومتى شفيت الامعاء شفيت المعدة في الوقت نفسه . واذا تألمت الامعاء تألمت المعدة ايضاً ونقص افرازها وساء هضمها وقلت كالوريتها وتبدل افراز اللعاب كمية وجوهراً .

ولا يخفى ان نصف المصابين بالتهاب الزائدة يختل افراز العصارة في معدهم وتزداد كلوريتهم، وقطع الزائدة يعيد المياه الى مجاريها في المعدة ويشفي اضطراباتها

وقد بيّن ساناريلي منذ السنة ١٨٩٢ ان اللعاب في الفم لا يقوم فقط بدور التخمير بل انه قاتل للجراثيم وخاصته هذه، وان تكن ضعيفة، ناجعة في تخفيف وطأة الجراثيم شأن المفرزات العضوية الاخرى .

واللعاب الذي يحول دون نبت كثير من البذور كما يستدل من اختبارات شوب وفلورن القديمة يضعف ويلطف في الفم نمو الجراثيم ولولاه لتكاثرت واشتدت وطأتها . وقد عرف ان اللعاب ، ولو كثرت فيه الجراثيم ، لا يتبدل ولا تنتن رائحته اذا ترك وشأنه . وليعلم ان اللعاب في كثير من امراض جهاز

الهضم يفقد قسماً كبيراً من قوته المضادة للجراثيم كما هو الحال في مفرزات الامعاء والدمع والخ . فتتكاثر الجراثيم حينذاك كاسية غشاء الفم المخاطي بطلاء ابيض وسخ نتن مؤلف من طبقات من الخلايا والجراثيم . وينتن ريح الفم حينئذٍ حتى انه يشعر برائحته الكريهة عن بعد .

هذه هي علاقة اقسام الجهاز الهضمي بعضها بالبعض الآخر وعلاقة بخر الفم بآفات الامعاء .

فعل مكورات الفم العقدية المضاد للنتن

ان بخر الفم الحقيقي ذو مصدر موضعي . ولا ينكر مع ذلك انظهوره ذو علاقة في بعض الحالات بنقص افراز اللعاب . فلنمحص هذه الحادثة تمحيصاً دقيقاً .

درس ساتارالي في سياق اختباراته الحديثة انواع جراثيم الفم ولاحظ ان المكورات العقدية كثيرة وان انواعها عديدة وان عزلها من قلح الاسنان واللعاب ممكن . ودرس هذه المكورات العقدية التي تكثر في الفم ذو فائدة كبيرة فلا يجوز الاكتفاء بدرس اشكالها وانواعها بل يجب درس الدور الذي تلعبه لاننا اذا نظرنا من جهة الى الفتك الذريع الذي تفتكه هذه المكورات العقدية بالانسان ومن جهة اخرى الى كثرة عددها في الفم حق لنا ان نتساءل عما اذا لم يكن لظهورها فيه بعض الفائدة .

فليعلم اولاً ان مكورات الفم العقدية جراثيم مولدة للحامض . فهي تحمض بسرعة فائقة جميع البيئات الغذائية المحتوية على ماثيات الكربون مانعة نمو الجراثيم الاخرى فيها .

واثبات هذه الخاصة سهل باختبارات بسيطة ولا سيما اذا ما استعملت اكياس الكلوديون التي صنعها سانارالي وادخلها منذ عدة سنين في الممارسة الجرثومية فكانت منها فوائد عديدة ليس في التحريات الاحيائية فحسب بل في الكيمياء الغروية ايضاً . وفي الكتب التي تبحث في فن الجراثيم وصف مختصر لهذه الاكياس . ومن اراد الاطلاع على طريقة صنعها وطرز استعمالها كان عليه ان يقرأ مذكرات سانارالي الحديثة .

وهذه الاكياس مؤلفة من اسطوانات صغيرة من الكلوديون العادي المسكوب في قوالب ومرتبطة بعنق حبابة من الزجاج يستطاع سدّ نهايتها على لهب المصباح . وجدر هذه الاكياس تنفذها المواد المنحلة ولا تنفذها الجراثيم .

ويستطاع تعقيمها وملاؤها بمستنبتات او مواد اخرى . وبعد ان تسد تدخل في جوف صفاق (péritoine) الحيوان او في انابيب فيها السوائل الغذائية .

وقد عرفت باستعمال اكياس الكلوديون الحادثات التي تقع متى ملئت هذه الاكياس سوائل غذائية متنوعة محتوية على كميات قليلة من انقاض قلح سني ، ووضعت في انابيب اختبار فيها مرق عادي او ماء مهضمن (peptonée) واضيفت اليها نسب مختلفة من مصل الحصان او مرق فيه سكر الحليب بنسبة ٢ ٠/٠

وليعلم ان القلح السني الذي كان يستعمله سانارالي في اختباراته كان يأخذه دائماً من شخص سليم البدن حسن الصحة لا بخر في فمه البتة ، وكان

يبدو هذا القلح تحت المجهر كبقية الاقلاح السنية مؤلفاً من اكوام جسيمة من الجراثيم ولم يستطع ساناراالي ان يعزل من هـذه الاكوام الجرثومية بالاستنبات الصرف الا بعضاً من انواع المكورات العقدية واما الانواع الاخرى الموجودة في اللعاب والقلح كالضمات والملتويات فلم يكن عزلها سهلاً

وليعلم انه ما من نوع واحد من الجراثيم العديمة الرائحة التي عزلت من قلح سني واستنبتت في البيئات الغذائية المتنوعة قد انبعثت منه رائحة كريهة حتى ان ملتويات (spirochètes) الفم نفسها التي تصادف في اعور الانسان والحيوانات والتي تمكن سانارالي من عزلها منذ عدة سنين بالاستنبات الصرف لا تنبعث منها رائحه نتنة ولو استنبتت في بيئات آحية .

ولكن اذا استنبتنا قلحاً سنياً ممزوجاً باللعاب في انبوب فيه مرق عادي انبعثت منه رائحة كريهة بعد بقائه يومين في محمّ حرارته ٣٧ مئوية . فان المرق القلوي التفاعل دائماً تظهر فيه تفاعلات النشادر والنتريت .

وتكشف المعاينة المجهرية كمية كبيرة من جراثيم مختلفة: مكورات عقدية مكورات مزدوجة ، عصيات ، ملتويات والخ .

ولكن اذا استنبت القلح نفسه في انبوب فيه مرق قد اضيف اليه مائيات الكربون (سكر حليب بنسبة ٢ ./·) لا تنبعث من هذا المرق اقل رائحة ولو ترك طويلاً في المحم .

ولا يبقى تفاعل البيئة قلوياً بـل ينقلب بعد انقضاء ٢٤ ساعة عليـه حامضاً ولا تكشف المعاينة الجرثومية اذ ذاك انواعاً مختلفة من الجراثيم بل المكورات العقدية وحدها . وما ذلك الا لان المكورات العقدية

هذا الجرثوم المولد للحامض والمحب له ، تولد بخمائرها حامض اللبن على وكس سكر الحليب ، معيدة المرق المحلى حامضاً ومانعة نموجراثيم التفسخ فيه .

ومن المعلوم ان هذه الجراثيم لا تستطيع بعث رائحتها السكريهة الا متى تمكنت من التكاثر وافراز خمائرها المفسخة التي تفعل في الهيولينات ولا تستطيع هذا الا متى فعلت في بيئة قلوية كالهضمين الثلاثي (tripsine) خلافاً للهضمين (pepsine) الذي يفعل في بيئة حامضة .

واذا صبت بضع قطرات من الانبوب الاول المحتوي على مرق عادي والنتن الرائحة الذي نبتت فيه انواع عديدة من الجراثيم المفسخة في انبوب ثان من المرق المحلى بسكر الحليب بنسبة ٢ ./. ووضع هذا الانبوب الثاني في المحم زالت كل رائحة من الانبوب في خلال ٢٤ ساعة واحتوى هذا المستنبت على المكورات المعقدية فقط . فيكون حامض اللبن الذي ولدته المكورتا العقدية في المستنبت قد قضى على الجراثيم الاخرى المفسخة .

والحصول على النتيجة نفسها ممكن ولو لم تستعمل بيئات سكرية فاذا ما كرر زرع محتوى الانبوب النتن الرائحةالعديد الجراثيم في انابيب اخرى من مرق اللحم وصنعت سلسلة من هذه الاستنباتات زالت الرائحةفي النهاية

فان القوة المولدة للحامض التي تتصف بها المكورات المعقدية الفموية خاصة مميزة لها حتى انها تتمكن من توليد الحوامض بكميات جزئية في بيئات هيولية صرفة فقيرة جداً بمائيات الكربون كمرق اللحم . ولهذا فان تكرار الزرع كاف للحصول بعد عدةاستنباتات ، مع ان الزرع الاول كان شديد النتانة ، على مستنبت نقي من المكورات المعقدية .

وينتهي الامر بالمكورات العقدية الفموية متى تكاثرت وولدت البيئة الحامضة الى قتل الجراثيم الاخرى وبقائها سيدة الموقف لا ينازعها فيه منازع

ان هذه الاختبارات في الانابيب تبين لنا بصورة جلية ما يحدث في الفم وتكشف لنا عمل المكورات العقدية فيه وقتلها للجراثيم الاخرى .

ولعل في عملها هذا بعض الفائدة للانسان متى اشترك بعمل اللعاب القاتل للجراثيم فانها تمنع باحداث الحوامض في جوف الفم، حيث البيئة قلوية او معتدلة ، الجراثيم الاخرى المفسخة عن النبت .

المصدر الجرثومي لبخر الفم الذاتي

ان لبخر الفم في الممارسة شأناً عظيماً فلا عجب اذا ما عني بدرسه عناية كبيرة .

واننا نصف في ما يلي الاختبارات الاخرى التي اجراها ساتارالي وقد استخدم في اجرائها اكياس السكلوديون ايضاً .

الاختبار الاول : اذا ادخل في كيس من السكلوديون قلح سني مستحلب في بيئة غذائية قلوية مؤلفة من مصل الحصان (١/٣) ومن ماء مهضمن (٢/٣) ومن اثر من السكر (قطرتان الى ثلاث قطرات من مرق محلى بسكر الحليب بنسبة ٢ ./٠) وغمس الكيس بعدئذ في انبوب اختبار فيه هذا المزيج الغذائي نفسه المعقم حدثت الحادثات التالية :

اولاً : ان المكورات العقدية تستعمل آثار سكر الحليب الموجود في كيس السكلوديون وتولد حامض اللبن محمضة البيئة حتى ان نموها يتغلب على نمو الجراثيم الاخرى في القلح .

ثانياً : ان الخميرة المحمضة التي افرزتها المكورات العقدية ترشح خلال جدار الكيس وتفعل في الكمية الضئيلة من سكر الحليب الموجودة في انبوب الاختبار محدثة فيه ايضاً حامض اللبن فلا تنبعث من الانبوب والحالة هذه اقل رائحة نتنة .

ثالثاً : لا تكاد تمر بضعة ايام حتى ان الكمية الجزئيـة من السكر التي استعملتها المكورات العقدية واستعانت بها في انبوب الكولوديون للتغلب على الجراثيم الاخرى ، تنفد وتضمحل فلا تعود المكورات العقدية قادرة على صنع الحامض فتتغلب عليها جراثيم التفسخ التي تولد على وكس هيولينات المصل الذي يحتويه الكيس ، النشادر فيرتشح مع الخمائر المفسخة خلال جدار الكولوديون . فيصبح التفاعل قلوياً في انبوب الاختبار وتعود خمائر التفسخ قادرة على العمل وبعث الرائحة النتنة .

ويرسب في قعر الانبوب في الوقت نفسه بفعل النشادر في المصل الدموي رسوب مؤلف من الفوسفات الترابية .

الاختبار الثاني : اذا لم تضف الى كيس الكولوديون وانبوب الاختبار اللذين يحتوي كل منهما المصل والماء المهضمن بالنسبة المذكورة آنفاً ، القطرات القليلة من المرق المحلى بسكر الحليب تغلبت الجراثيم المفسخة التي يحتويها القلح في الحال على المكورات العقدية التي لا تستطيع التكاثر والنمو لحرمانها من مائيات الكربون . ولا تحمض البيئة الغذائية مطلقاً . وبما ان الخمائر المفسخة التي تكونت في الكيس تستطيع المرور الى انبوب الاختبار فان رائحته تصبح نتنة ومنفرة .

الاختبار الثالث: اذا ادخل في كيس الكولوديون حيث القلح السني ، مصل وقليل من الماء المهضمن فقط اي بيئة فقيرة جداً بمائيات الكربون واذا غمس الكيس في انبوب اختبار فيه مرق محلى بسكر الحليب بنسبة ٢ ./. مر سكر الحليب من المرق خلال جدار الكيس واستعملته المكورات العقدية فحمضت البيئة الغذائية في الكيس غير سامحة للمكورات الاخرى المفسخة بالنمو على وكس المصل ولم تحصل الرائحة النتنة . ويصبح المرق المحلى بسكر الحليب في الانبوب حامضاً ايضاً لان كمية سكر الحليب فيه وافرة وكافية لسد حاجة المكورات العقدية مدة طويلة ولا تستطيع جراثيم التفسخ السيطرة في الكيس مطلقاً ويظل المرق دائماً عديم الرائحة .

الاختبار الرابع : اذا غمس كيس من الكولوديون فيه قلح سني مستحلب في مرق محلى بسكر الحليب بنسبة ٢ ./. في انبوب اختبار فيه مصل حصان وماء مهضمن اي في بيئة فقيرة جداً بمائيات الكربون تتكاثر المكورات العقدية تكاثراً شديداً اولاً في الكيس وتولد كثيراً من حامض اللبن بسرعة فيمر خلال جدار الكيس الى الانبوب ويحمض المصل والماء المهضمن فيه فلا تنبعث منه رائحة كريهة . غير انه لا تمر بضعة ايام حتى تضمحل الكمية القليلة من سكر الحليب التي يحتويها كيس الكولوديون فتتغلب اذ ذاك جراثيم التفسخ ويتكون النشادر ويخترق جدار الكيس معيداً بيئة انبوب الاختبار الحامضة قلوية او معتدلة . وتمر في الوقت نفسه الخمائر المفسخة فتكسب المصل في الانبوب رائحة كريهة .

ومهما تعددت هذه الاختبارات فالنتيجة واحدة فان المكورات العقدية

متى وجدت مائيات الكربون استخدمتها ونمت وتكاثرت وحمضت البيئة مانعة جراثيم التفسخ في الفم كما في الزجاج عن التكاثر ومتى اضمحلت مائيات الكربون نمت جراثيم التفسخ على وكس الهيوليات وكانت منها تلك الرائحة النتنة .

يبقى علينا الآن امر لا بد من حل الغازه . لماذا مستنبت القلح السني تنبعث منه رائحة كريهة في البيئات الآجية ولماذا تظل مستنبتاته النقية بلا رائحة مع ان الجراثيم قد عزلت من القلح نفسه ؟

ذلك على ما يرجح لان جراثيم التفسخ متى اشتركت كانت قادرة على احداث تبدلات نتنة على وكس عصير اللحم ولكن نوعاً واحداً منها لا يستطيع ذلك .

وهذا ما يقع على ما يرجح في نتانة الانف فقد اتهموا عدة عوامل نوعية في احداث هذا الداء كما في الانسان .

ويرجح ان النتانة في الانف تنشأ من فعل جراثيم عديدة

ولكن ما هو فعل اللعاب في هذه الانواع المتنوعة من جراثيم الفم التي تحدث افعالاً شبيهة بما يحدث في انابيب الاختبار ؟

ان للعاب عدا الفعل المخمر فعلاً آخر في الفم فهو قاتل خفيف للجراثيم او مثبت لها وخاصته هذه تمنع نمو الكثير منها كما تمنع عصارة الامعاء الجراثيم عن النمو فيها .

فانفراز اللعاب المستمر وزيه لغشاء الفم المخاطي يضعف نمو المكورات العقدية والجراثيم الاخرى المفسخة .. فمتى اختل لسبب من الاسباب هذا

الافراز في جوف الفم او في جوف الامعاء توفرت الشروط الملائمة للجراثيم للنمو في احد الجوفين او في كليهما . فلا عجب اذا ما صودف بخر الفم في المصابين بامراض الامعاء والقولون والمعدة

ومن الواضح ان الاختمارات في الفم ونتانة ريحه قد تنشأ من تبدلات في كمية افراز اللعاب او في جوهره وانها قد تجم انعكاساً على ما يرجع عن داء معدي معوي فتسهل نمو جراثيم الفم المفسخة . وقد توافق الشروط الموضعية في الفم المكورات العقدية على النمو فيه لمضادة تلك الجراثيم المفسخة فيخلو لها الجو .

والنتيجة : ان مصدر بخر الفم ليس معوياً ولا رئوياً ولا ناشئاً من جراثيم خاصة تصدر عنها الرائحة النتنة. بل ان بخر الفم موضعي المنشإ سببه اختمارات نتنة مبتذلة تظهر في جوف الفم بعد ان تتوفر الشروط التي ذكرناها آنفاً

م . خ .

❀❀❀

طريقة حديثة في معالجة دا اللايشمانيات الجلدي

حبة الشرق

ترجمة الطالب السيد شفيق البابا

لا جرم ان معالجة داء اللايشمانيات الجلدي المنتشر في سواحل البحر المتوسط او الشكل المعروف منه بحبة الشرق لم تفض الى نتائج سارة مجدية ، اذ لا شك ان شكلاً سريرياً من مرض موضع كهذا يشفى عفواً رغم طول امده (زهاء سنة تقريباً) بعد ان يترك ندبة مشوهة يجب ان ينظر الى مداواته نظرة خاصة ، اي يحتم ايجاد علاج او طريقة مداواة توافق الشروط الاساسية التالية :

١ً — ان يكون فعلها في اللايشمانيات سريعاً لتتمكن من اتلافها في اقصر زمن ممكن .

٢ً - ان لا يبدي جسم المريض نحوها عدم تحمل عام او موضع ، اذ من الضروري ان لا يكون العلاج نفسه سبباً في ظهور عوارض جديدة تكون سبباً في التهاب النسج وتخربها تنضم الى صفات حبة الشرق التي تميل الى التقرح فيقع الشفاء بعد ندبة معيبة او مستقبحة .

٣ً — ان يكون فعلها اكيداً وثابتاً وهذا لازب لسد ما نوهنا به من النقص في آفة تسير من نفسها الى الشفاء ويتم هذا بعد سير مزمن يفضي الى تكون الندبات المعيبة .

ولا مشاحة ان الوسائط التي هي في متناول الطب في الوقت الحاضر لا تفي بالغرض اذا ما محصت تمحيصاً دقيقاً ضمن هذه الشروط ويتسنى لنا ان نفند ذلك بما يلي :

ان الدردي المقيء ، ذلك العلاج الحسن التأثير في معالجة داء اللايشمانيات الحشوي ، لا تأثير له تقريباً في حبة الشرق اذا ما اخذ جرعاً عن طريق الفم ، اما اذا استعمل موضعياً اي حقناً تحت اللحمة كانت منه مساوىء متعددة، ويتبين اذا دقق فيما ذكره عنه مختلف المؤلفين من المشاهدات ان فائدته ليست بالامر الثابت ، وتتضارب النتائج الباهرة او السارة التي لاحظها الآخرون . ولا اظن مطلقاً انه يمكن ان يتهم في ذلك تعذر تطبيق طريقة المداواة ، اذ تقوم المعالجة الموضعية بحقن لحمة الجلد بالعلاج بصورة تخضب معها جميع النسج ، وفضلاً عن ذلك فان من اكبر سيئات هذه الطريقة شدة ايلام المستحضرات التي اساسها الدردي المقيء مما يسهل ظهور التظاهرات الموضعية المخربة بشكل التهابي تؤدي الى نخر وبالتالي الى ندبة قبيحة مشوهة وتصطحب هذه العوارض التي قد تصادف تقريباً في جميع مستحضرات الاثمد (ستيبيال، ستيبوزان، والستيبوزان الجديد وغيرها) بمساوىء اخرى تتناسب مع عدم تحمل العلاج ، وقد برهن (موناسيلي) في بحثه الجديد الذي كرسه لدراسة حبة الشرق ما شرحناه من عدم ثبات فوائد هذه المعالجة ونبه الانظار الى المساوىء الكثيرة الناجمة بوجه خاص عن عدم تحمل العلاج وما لها من الوخامة الخاصة . وان ما اعتقده ان ما ينقص من فائدة الاثمد كعلاج لحبة الشرق هو تأثيره المحرق الشديد الذي يسهل

النخر في الحبة اللايشمانية وما قد ينضم اليه من التهاب ثانوي يعزى اليه تخرب النسج وتلفها .

ولقد واصل المؤلفون السعي الى ايجاد طرق جديدة لمعالجة حبة الشرق ، فاشار بعضهم في هذا الصدد بالجنوح الى الطرق الجراحية او الوسائط الحكمية . اما الاولى (من استئصال او تخثير كهربي) فما لا ننصح به خشية ما قد تجره من التشوه وان للاستئصال الجراحي جميع مساوىء الندبة فضلاً عن معاودة النكس الموضعي ايضاً . اما الاشعة المجهولة واشعة الراديوم التي يمكن اعتبارها من الوسائل المفيدة فان معالجة الاشكال الالتهابية والحبيبية بها متعذرة ، اذ يعسر تعيين المقدار الملائم فيها للورم الحبيبي بالنسبة الى الدور الذي ظهر فيه ، وكثيراً ما يصعب على الطبيب التفريق بين المقدار الخطر ومع هذا فان النكوس كثيرة .

ونستخلص من هذه اللمحة الموجزة نتيجة اقر بها جميع اطباء الامراض الجلدية وهي ان الوسائل المختلفة المتداولة في معالجة حبة الشرق افادت بعض الفائدة وهذه ايضاً لم تثبت بصورة اكيدة ، ويبدو هذا اكثر جلاء فيما يتعلق بالادواء اللايشمانية الاميريكية ذات السير الوخيم والمميت في معظم الاحيان .

ولقد طبقت حديثاً وللمرة الاولى ، اذا امكن الحكم بتقصي تاريخ الطب ، طريقة حديثة اهتديت اليها اثناء بحثي في مداواة هذه الآفة الجلدية المنتشرة في سيسيليا (Sicile) وهي معالجة مضادة للحيوانات الوحيدة الخلية وضعت لمداواة البرداء . وكانت منها نتائج باهرة في شكل آخر من ادواء هذه الحيوانات

اي في داء اللامبليات وهي نتائج لا تزال نلمس فائدتها كل يوم . وهي المعالجة باحد مشتقات الاكريدين (الاتبرين) . فكانت نتائجها حسنة ايضاً وسأعرض هنا خلاصة عنها مبيناً لانهاء البحث الطريقة المفيدة فيها .

اختبرت هذه الطريقة اولاً كمعالجة عامة ثم موضعية ، غير ان النتائج الباهرة التي استحصل عليها في التطبيق الموضعي قصرت المعالجة عليه وقد عولج بهذه المداواة (١٤) حالة ثبت وجود اللايشمانيات في جميعها على الرغم من عدم مداواتها بمعالجة اخرى .

المعالجة المختلطة

الحال الاولى : ك — ل في الحادية والعشرين من عمره على جبهته منذ ستة اشهر حبة نموذجية بحجم قطعة القرشين المعدنية كانت متقرحة قليلاً وبارزة ومرتشحة ، ودل فحص النطاخة منها على غناها باللايشمانيات .

المعالجة العامة : اعطي المريض خلال سبعة ايام متوالية مقدار (٠,٣٠) غ من الاتبرين يومياً فلم يلبث ان شحب لون الآفة بعد الايام الاولى من المداواة شحوباً واضحاً ، وتبين نقص عدد اللايشمانيات بعد تحريها مرة في كل يومين غير انه ثبت وجودها حتى اليوم الثامن رغم تحسن اعراض الآفة السريرية وبدا على المريض لون اصفر خفيف .

المعالجة الموضعية : ثم لجيء في عقب ذلك الى اجراء حقن تحت الادمة تخضب معها الحبة باجمعها كان في كل منها مقدار (٠,٥) من الاتبرين محلولة في (١) سم٣ من الماء المقطر ، فكانت نتيجة ذلك ان ظهرت وذمة خفيفة شاحبة اللون

امتدت اكثر من ٢٤ ساعة بدون ان يرافقها اي ارتكاس التهابي او ألم موضع محسوس ، وسرعان ما شرعت الحبة بعدها بالتقهقر ، ودل الفحص على فقد اللايشمانيات واستمر ذلك شهراً بعد المشاهدة اذ عادت الحبة مسطحة تماماً

الحال الثانية : و . س. في ربيعه الثامن اصيب منذ ثلاثة اشهر بحبة صغيرة في وجهه (بحجم الحمصة الصغيرة) وبين الفحص كثرة اللايشمانيات فيها ، فاجريت له المداواة السابقة نفسها بمقدار (٠،١٠) عن طريق الفم ، فشحب لون الآفة عند انتهاء المعالجة واختفت اعراضها تقريباً ولكن اللايشمانيات ظلت موجودة رغماً عن تناقص عددها باستمرار وكان لون جلد الوجه ضارباً الى الصفرة . ثم عمدت الى المعالجة الموضعية بمقدار (٠،١٠) بحسب الطريقة المعتادة فكان الغؤور سريعاً واختفاء اللايشمانيات تاماً . وظل الفحص سلبياً طيلة شهرين .

الحال الثالثة : م . ل . في السادسة من عمره فيه منذ بضعة اشهر حبة تبينت كثرة اللايشمانيات فيها بعد الفحص ، عولج المعالجة السالفة نفسها فاختفت اللايشمانيات تلو المعالجة الموضعية وعقبها الشفاء وكان الفحص سلبياً بعد شهر من ذاك التاريخ .

الحال الرابعة : لا . ج . في الثانية والعشرين من عمره اصيب بحبة في خده منذ ثلاثة اشهر يقرب حجمها من حجم قطعة القرشين المعدنية كانت بارزة ومرتشحة ومتقرحة المركز ، واثبت الفحص ان فيها كثيراً من اللايشمانيات ، فشرع بمعالجته يومياً بالاتبرين وحقناً في الوريد بمقادير متزايدة (٠،١٠) ، (٠،٢٠) ، (٠،٣٠) فلم ينزعج منها وبدا تلو ذلك تحسن

سريري بيّن ولم تضمحل اللايشمانيات بل تضاءل عددها جداً بعد اليوم الرابع، واختفت تماماً بعد المعالجة الموضعية المعهودة وعاد تحريها بعد شهر سلبياً .

المعالجة الموضعية المحضة

بعد ان ظهر سير هذه الآفة وتطورها في هذه الحالات التي ساعدت على تبديل المعالجة، اعتمدت على المعالجة الموضعية فقط في عشر احوال اخرى عالجت اربعاً منها بحقن نصف المقدار المقنن (٠،٠٥) في كل ثلاثة ايام وكررت ذلك مرتين . ولما اتضح لي حسن تحمل العلاج الموضعي وفقدان الارتكاس زدت المقدار فكان (٠،١٠) تحل في (١ ـ ٢ سم٣) من الماء المقطر بحسب سعة الورم الحبيبي وتحقن دفعة واحدة . وكان البحث عن اللايشمانيات يجرى بعد ذلك مرة في كل يومين طيلة عشرة ايام ثم بفواصل مختلفة بعد ذلك وانتهت جميعها بالشفاء . وقد زالت اللايشمانيات في الحالات التي عولجت بحقنة واحدة (ثلاث حالات) حتى اليوم العشرين . اما الحالات الاربع الاخرى فقد ثوبر على فحص الطفيليات فيها طيلة شهر ولم يتلها اي نكس

يتبين مما تقدم ان النتائج ممتازة من جميع الوجوه وارى من الفائدة نشرها رغماً عن ان احصائي المجموع عن هذه الآفة القليلة الانتشار في سيسيليا لم يكن كافياً لدعم هذه النتائج التي يمكن اختبارها في انحاء اخرى تكثر فيها حبة الشرق .

ولنشرح الآن بعض ملاحظات تتعلق بطريقة المداواة وطرز تأثير العلاج .

لا غروَ ان من اهم حسنات هذه الطريقة هو حسن تحملها الموضعي ،
فيجب ان تجرى الحقن بصورة ان السائل المتناسب مقداره مع ابعاد الورم
الحبيبي يخضب جميع النسج الى عمق معين وان تكرر الحقن تحت لحمة الجلد
في مواضع واعماق متباينة بعد تطهير الجلد موضعياً بصورة يفقد معها الدم
من النسج المحيطة من جراء ضغط السائل المحقون به . ويشتكي المريض ألم
توتر طفيف لا يلبث ان يتلاشى بعد ذلك ، واذا ما اتقن الحقن توذم الجلد
قليلا وشحب لونه ، وتستمر هذه الوذمة الشاحبة مدة تتراوح بين (١٢ـ٢٤)
ساعة او تزيد قليلًا وتهب لموضع الآفة لوناً مميزاً ويصبح قوام الوذمة فيها
عجينياً يغور في اليوم التالي. ولا ترافق ذلك او تتلوه ارتكاسات التهابية عامة
او موضعية، ويثبت الفحص المجرى بعد (١٢ او ٢٤ او ٤٨) ساعة تضاؤل
اللايشمانيات المتفجية وعودتها محببة وهذا سواء فيما كان منها في ظاهر
الخلية او في باطنها ، ولا يرى على الضد ما يشير الى تأذي الخلايا النسجية
ويتلاءم هذا مع فقدان الارتكاسات الموضعية واهم منه فقد الندب
بفؤور حسن .

وقد تكفي في بعض الحالات لما تقدم حقنة واحدة ، ولكن مما لا شك
فيه ان تعيين المقدار النهائي الموافق في المعالجة يجب ان يبنى على احصاء واسع
جامع وسأعود الى هذا البحث قريباً كلما انفسح امامي المجال واتسع
نطاق المشاهدات التي يمكني ان استند اليها .

الخلاصة

لقد استعان المؤلف للمرة الاولى على معالجة داء اللايشمانيات الجلدي

بمستحضر يبيد الحيوانات الوحيدة الخلية متداول في معالجة البوداء (اتبرين) وعالج بذلك (١٤) حالة من حبة الشرق ، وكانت هـذه المداواة عامة وموضعية في بعض الحالات وموضعية بحتة في معظمها وانتهت جميعها بشفاء محقق اختفت معه اللايشمانيات حتى بعد الحقنة الاولى ، ولذا فهو ينشر هذه الطريقة من المعالجة التي ترجح بحسناتها الثابتة على جميع الوسائط المتبعة في الوقت الحاضر .

فرنكو فلادير

❀❀❀

اتقاء التهابات الاوردة في عقب

العمليات ومعالجتها

لا يزال التهاب الوريد على الرغم من الاحتياطات والاعتناءات احدى العراقيل الخطرة التي تعقب العمليات على البطن .

واذا كان منشأه الحقيقي وآليته لا يزالان مجهولين في معظم الاوقات فان الاختبار يعلمنا ان ظهوره مرتبط في الغالب بعدد من الشروط السابقة المعروفة التي تؤهب بعضاً من النساء لظهور هذا الاختلاط . فان النساء المعرضات له يكن قد بلغن او تجاوزن العقد الرابع ، سامنات لا بل منفضجات تعتريهن اضطرابات غدية وقلبية رئوية ، ضغطهن الشرياني منخفض ودورانهن الوريدي مختل ودمهن متبدل لسوء وظيفة الكبد او لنزوف مكررة وقد ازدادت لزوجته ودرجة تخثره .

واذا كانت هؤلاء النسوة معرضات لالتهاب الوريد فلا نظنن ان العمليات الكبيرة فقط سبب مؤهب لحدوثه فان جميع العمليات على البطن والعجان حتى البسيطة منها كرتق الفتق وقطع الزائدة في دور البرودة وجرف الرحم وتصنيع العجان قد تحدث هذا الاختلاط . فعلى الجراح حتى في عمليات كهذه ان يأخذ الاحتياطات لاتقاء هذه العرقلة قبل العملية وفي اثنائها وبعدها .

الاحتياطات الواقية قبل العملية : نختصرها بما يلي :

١ً ـ الاّ تثبت المعدّة للبضع في فراشها بل يشار عليها بالمشي والحركة حتى يوم العملية واذا كانت هذه المرأة قد لزمت فراشها فعلى الجراح ان يمتنع عن اجراء العملية مشيراً عليها بالتجول عدة ساعات في اليوم بضعة ايام متوالية . ولا سبيل الى مراعاة هذه القاعدة الا في المريضات الخاليات من التعفن اللواتي لم ترتفع حرارتهن .

٢ً ـ الاّ تبضع المريضة قبل ان يقاس ضغطها الشرياني ويعد نبضها ويصغى الى قلبها حتى اذا كان ضغطها منخفضاً عولجت قبل اجراء العملية وبعدها برافعات الضغط (ادرنالين ، افدرين ، براسيل ، ديجتالين والخ) .

٣ً ـ ان تجتنب، الا حين الضرورة القصوى، الادوية المخثرة واذا تبين ان زمن التخثر قصير استعمل في زمن تحضير المريضة الايروديناز (hirudinase) ومقادير كبيرة من ليمونات الصوده او اعطي هذان العلاجان في اليوم الثاني للعملية .

٤ً ـ ان يعد البدن للدفاع ضد المفونة بحقن البروبيدون (حقنتان او ثلاث حقن بفاصلة ثلاثة ايام) او باعطاء السابتزين او الروبيازول او البرونتوسيل بطريق الفم .

الاحتياطات في سياق العملية : تختصر بمراعاة قواعد الطهارة مراعاة تامة وبالارقاء الحسن ، واجتناب ربط الاذناب النازفة كتلة واحدة ورض اوردة الحوض . واما نوع التخدير فليس له ذلك الشأن الكبير وكذلك القول في طرز استئصال الرحم (التام او الناقص) وفي التفجير او حذفه ، فكل

هذا تابع لعادات الجراح وطريقة عمله .

الاحتياطات بعد العملية : تبنى على المعلومات التي جمعت قبل العملية . وافضل احتياط بحسب شاليه هو دعوة المريضة الى النهوض الباكر بعد انقضاء اليوم الثاني على العملية اياً كان نوعها،هذا اذا لم يكن النهوض مستطاعاً قبل ذلك اي اذا كانت العملية لا تستدعي ملازمة السرير .

غير ان النهوض الباكر لا يكفي ولا يعفينا من مراقبة دقيقة نقوم بها ليس للحرارة فحسب بل للنبض ايضاً الذي يفوقها شأناً في التشخيص والانذار. ولا بد في الحالات الشديدة ايضاً من مراقبة الضغط الشرياني وزمن تخثر الدم . ويتمكن الطبيب . اذا ما راعى هذه الامور ، من استدراك الخطر باعلاق العلق واعطاء العلاجات المضادة للتخثر ومقويات القلب في الوقت المناسب .

ومتى اتخذت هذه الاحتياطات جميعها اتقي خطر التهاب الوريد في معظم الاوقات ولا يزال يبدو على الرغم من مراعاتها حيناً بعد حين بعض من العلامات المنذرة لبدء التهاب الوريد ، وسر النجاح ان نرقب هذه العوارض عن كثب كأننا ننتظرها لنعد العدة لمكافحة هذا الاختلاط واجهاضه .

المعالجة المجهضة : تستند بحسب شاليه الى المبادىء التالية :

١ً ـ المثابرة على النهوض والاكثار من المشي وفي مراعاة هذه القاعدة امضى سلاح لاتقاء التهاب الوريد غير ان المرضى الذين نعنيهم هم الذين يكونون قد نهضوا منذ اليوم الثاني او الثالث او الرابع وتكون قد بدت فيهم علامات منذرة بالتهاب الوريد : كاسراع النبض وارتفاع

الحرارة وألم الحماة وتورم الساق او القدم فان هولاء عوضاً عن ان ندعوهم الى ملازمة اسرتهم نشير عليهم بتركها والتجول ما امكنهم . ويستحسن تخفيفاً للالام وتسهيلاً للمشي ان يلف على الحماة من الاسفل الى الاعلى ضماد من الكريشة ويشد شداً معتدلاً ليدعم الحماة ، يلف هذا الرباط قبل النهوض وينزع حين النوم ليراقب سير التهاب الوريد ويستعاض عنه بتضميد رطب حار يترك الليل بكامله .

٢ً ـ رفع السرير في حذاء القدمين تسهيلاً لدوران الدم في اثناء الاضطجاع .

٣ً ـ اعطاء مقويات القلب ورافعات الضغط ..

٤ً ـ اعطاء مضاد التخثر كليمونات الصوده (٤ ـ ٦ غم) والايروديناز واعلاق علقتين او ثلاث علقات على جذر الفخذ في كل يوم او في كل يومين . واعلاق العلق لاشخاص مثابرين على المشي، فيه كل الفائدة وليس فيه اقل محذور ولاسيما محذور الصمامة .

هذا ما يستعمله شاليه منذ زهاء عشر سنوات في كل التهاب وريد تبدو اعراضه المنذرة في مبضوعين يكونون قد نهضوا باكراً من اسرتهم . وهو لم يرَ في سياق هذه المدة جميعها التهاب وريد واحداً صريحاً واضح العلامات ولا عقابيل ولا عوارض .

فان مبضوعيه الذين يتجاوزون الالفين والذين نهضوا باكراً من اسرتهم بعد عملياتهم المجراة على البطن قد نجوا جميعهم من التهاب الوريد التام الصريح مع ان زهاء خمسين منهم قد ظهرت فيهم اعراض منذرة بحدوث هذه الطارئة

غير ان اخذ الاحتياطات التي ذكرناها منعت التهاب الوريد عن اكمال سيره ومع ذلك فان خمسة من هولاء المرضى على الرغم من المعالجة ومن المشي الباكر ظلت علاماتهم آخذة بالازدياد: الالم واسراع النبض والوذمة التي كانت تنتشر يوماً عن يوم . فلم يثن استمرار هذه العوارض شاليه عن استعمال طريقته فيهم بل ظل على الرغم من اعراضهم الدالة على التهاب وريد آخذ بالسير يدعوهم الى المثابرة على المشي وصعود السلالم واخذ مقويات القلب والعلاجات المضادة للتخثر فكانت النتيجة ان الالتهاب اجهض والحالة تحسنت اخيراً كما في التهاب الوريد المبتدىء الخفيف .

والامر الذي يستلفت النظر في معظم الحادثات ان التحسن يبدو بانخفاض الحرارة ونقص عدد النبض وخفة الالم او زواله غير ان الانتباج يستمر اكثر من ذلك .

ولا بدّ في الحالات الخطرة من اسبوع كامل لهجوع هذه الاعراض فعلى الطبيب ان يتجلد بالصبر ويثبت في المعالجة . فزمن المعالجة المجهضة قصير ولا يضطر المبضوع الى الاستشفاء مدة طويلة لان الاعراض النذيرة بالتهاب الوريد تظهر عادة في اليوم العاشر فاذا ما احتاج المريض بعدها الى عشرة ايام ليشفى تكون مدة استشفائه ١٨ يوماً وليس هذا بطويل لمريض بضع بطنه .

واننا نقول ونكرر القول ان النجاح تابع لحسن المراقبة حتى اذا ما بدت العلامات الاولى كوفحت المكافحة الصارمة .

ولا تستعمل هذه المعالجة الا في من كانوا قد نهضوا باكراً من اسرتهم

وبدت فيهم هذه الاعراض . امـا الذين لازموا اسرتهم وظهر فيهم التهاب الوريد او الذين التهب وريدهم ولم يشخص الا بعد ان اتضحت اعراضه وعمت الطرف السفلي جميعه فخير لهم ان يعالجوا المعالجة الدرسية بالتثبيت . وليعلم ان النهوض الباكر والمثابرة على المشي بعد ظهور العلامات المنذرة بالتهاب الوريد لا يعرضان المريض لخطر الصمامة المميتة . فان الصمامة لم تصادف قط في التهابات الاوردة المبتدئة او المشكوك فيها ولهذا الامر شأنه في السريريات .

م . خ .

❀ ❀ ❀

التهاب الوريد الازرق

كان التهاب الوريد ولا يزال الشغل الشاغل للطبيب والجراح معاً لما قد ينشأ عنه من العراقيل الخطرة ولا سيما للصمامة التي قد تنفك عنه وتقضي على الحياة وقد دعوا الالتهاب المتصف بوذمة بيضاء في الساق التهاب الوريد المؤلم الابيض غير انهم لحظوا ايضاً ان الجلد قد يكون بنفسجياً فسموا هذه الحالة التهاب الوريد المؤلم الازرق وكانوا يكتفون لتعليل هـذا الازرقاق بانتشار الالتهاب الى وريدات الجلد .

غير انهم لم ينتبهوا الى خطر هذا النوع من التهاب الوريد ولا الى كونه التهاب وريد ممرقلًا لان الجهاز الشرياني المرافق في هذه الحالة يكون قد التهب بدوره . وعلاوة على خطر الصمامة نرى الغنغرينة تهدد الطرف في الالتهاب الازرق الذي جدّ في درسه في هذه السنوات الاخيرة وفي معالجته المعالجة الموافقة .

. . . .

ان التهاب الوريد الازرق شكل نادر اذا قيس بالتهاب الوريد الابيض والمشاهدات المنشورة منه قليلة جداً . غير ان هذا لا يعني ان كل ما شوهد منه قد نشر لانهم لم يكونوا يرون فيه اختلافاً عن التهاب الوريد الابيض الا بلون الجلد فقط ولم يكونوا يعلمون شدة خطره . وقد اظهرت لنا تحريات لريش والبرت واوديه في هذه السنوات الاخيرة ان التهاب الوريد الازرق

لا يتصف باختلال الدوران فقط بل باضطرابات وعائية حركية عرفت في يومنا حق المعرفة وهي ارتكاسات الاوعية بازاء الالتهاب ويقول لوبري ولوفل ان الوريد يتفاعل بازاء الالتهاب بالتوسع والشريان بالتقلص .

يظهر التهاب الوريد الازرق في الطرفين السفليين كما يظهر التهاب الوريد الابيض وقد يظهر في الطرف العلوي كما في مشاهدة وارتيمر وفريخ حيث ظهر الالتهاب في عقب حقنة وريدية بمصل نورمه فقد لاحظ طبيب الخفر ان اليد ازرقت بعد الحقنة بساعتين ثم ان الساعد واليد بردا في اليوم الثاني وانتشرت الغنغرينة انتشاراً سريعاً في الايام المقبلة وقضى المريض نحبه .وقد اظهر فتح الجثة خثوراً (thrombose) في الوريد الرأسي بحذاء الحقنة . واما بقية جهاز الدوران الشرياني والوريدي في الساعد فكان سلبياً .

وليس للجنس كما يظهر اقلُّ تأثير فيه فهو يظهر في النساء ظهوره في الرجال .

وبدؤه فجائي فتارة يستلفت الالم الانظار وطوراً اصطباغ الطرف المصاب بلون بنفسجي . واما الوذمة والانتباج فليسا عرضين اولين كما في التهاب الوريد الابيض خلافاً للتشوشات الشريانية التي تناسب تظاهرات الداء الاول .

والألم ، هذا العرض البدئي ، مبرح يوقظ المريض من نومه اذا بدا ليلاً ويسمره في مكانه اذا كان مستيقظاً وينبهه من ذهوله اذا كان مرضه قد القاه في هذه الحالة . غير ان بدء الالتهاب بالالم ليس القاعدة المطردة فقد يبتدىء كما ذكرنا بلون الطرف البنفسجي .

وليس مقر الالم معيناً فهو، اذا استثنينا الحادثات التي يبدو فيها الالتهاب في عقب حقنة وريدية حيث الالم مستقر في تلك البقعة، منتشر في الطرف جميعه ومتشعع من نهايته الاولى الى الثانية بدون ان يكون له مقر معين ويستمر ٣ - ٤ ساعات ويزول منذ ظهور العلامات الاولى لتحسن الدوران

والازرقاق كالالم مفاجىء ويأتي في التهاب الوريد الازرق ، ويختلف اصطباغ الطرف ويتبدل من الوردي المنشبع الى البنفسجي الصريح . فهو منظر اختناقي تظهر به النسج جميعها ويتبدل بعض التبدل بين ان يكون الطرف مرفوعاً او منخفضاً .

واللون متجانس وقد يعمُّ الطرف جميعه منذ الاصابع حتى القوس الفخذية . وقد يكون اللون اكثر انشباعاً في حذاء نهايات الاصابع . وتبدو احياناً ترخمات (marbrures) وصفائح متفاوتة الاتساع عوضاً عن الازرقاق المتجانس والجلد في الاقسام التي تفصل هذه الترخمات او الصفائح شاحب أو أدكن . ويخيل ان توضع هذه اللوحات غير تابع لفعل الجاذبية لان اللون الازرق يشغل الوجه العلوي كالانحاء المنخفضة .

وبعد ان تبدو العلامات الاولى لعودة الدوران يخف الازرقاق ثم يزول

وتضمحل النبضات الشريانية اذا ما فكّر الطبيب في التفتيش عنها · وتقف هذه النبضات عند القوس الفخذية أو تحتها قليلًا . ويناسب وقوف النبضان الشرياني هبوطاً كبيراً في الضغط او زواله التام وكذلك القول في التموجات

ووقوف الدوران الدموي في الشرايين ترافقه برودة سريعة في الطرف يستطاع الشعور بها باليد لشدتها اذا ما قوبلت بالطرف الآخر .

وتفقد العضلات للسبب نفسه قوة تقلصها فيعجز الطرف ويفقد كل حركة . ويضعف الحس شيئاً فشيئاً حتى ان الجلد يفقد حسه في خلال بضع ساعات ان هذه العلامات جميعها خاصة بالتهاب الوريد الازرق وهذا مايميزه عن التهاب الوريد الابيض المؤلم العادي .

والوذمة نفسها ، هذا الشاهد الامين على بدء التهاب الوريد ، ليست ثابتة وقد لا تظهر ابداً ، فلم تكن وذمة عند الكعبين ولا امام الظنبوب في مشاهدة كادنه . واذا ظهرت فانها تبدو بعد بدء العوارض الاخرى بعدة ساعات او بعدة ايام سائرة حينذاك سير وذمة التهاب الوريد اي ان شفاءها يطول. بهذا يختلف التهاب الوريد الازرق عن الالتهاب الابيض . وما عدا ذلك فان الحرارة تعلو في بدء المرض متموجة بين ٣٨,٥ و٣٩ .

والنبض يسرع اكثر مما في التهاب الوريد العادي وقد يبلغ ١٢٠-١٣٠ في الدقيقة .

وتسوء الحالة العامة في هذا الشكل اكثر منها في التهاب الوريد الابيض فقد يستولي على المريض الضجر ويشحب لونه ويبلله عرق بارد ويسرع نبضه ويضعف ولا يكاد يعدّ ويشعر بأن اجله قد دنا .

ولا يختلف سير التهاب الوريد الازرق أقل اختلاف عن سير التهاب الوريد العادي وليست مدته اقصر ولا اطول وعواقبه هي هي : الوذمة والنمل والاضطرابات الاغتذائية . والصمامة فيه كما في ذاك متوسطة الحدوث غير انما يزيد انذار التهاب الوريد الازرق وخامة هو تشنج الشرايين الذي قد يبلغ درجة الغنغرينة ويدعو الجراح الى البتر غير ان هذه النهاية

الفاجعة ليست القاعدة المطردة فان الازرقاق يزول عفواً او بفعل المعالجة في معظم الاوقات . فيسير التهاب الوريد الازرق سير التهاب الوريد الابيض ويزول خطر الغنغرينة واما خطر الصمامة فيظل ماثلاً امام العينين كما في كل التهاب وريد .

يستنتج مما تقدم ان التهاب الوريد الازرق شكل اشدّ خطراً من التهاب الوريد الابيض. وما خطره الا لان انسداد الشرايين مزيد فيه على خطر الصمامة الرئوية . واذا اتجه انسداد الشرايين في بعض الاحيان الى الشفاء وقصرت مدته فانه قد يطول ويفضي الى اماتة قطعة من طرف او الطرف جميعه .

ولا يسهل دائماً تمييز التهاب الوريد الازرق عن الصمامة الشريانية فالبدء فجائي وألم الطرف شديد وزوال النبضات الشريانية وهبوط الضغط الشرياني وبرودة الطرف والعجز واختلال الحس كل هذا واحد في كليهما . ولعل اصطباغ الجلد بلون مزرق يختلف في الواحد عن الآخر فان الصمامة الشريانية يرافقها في الغالب شحوب شمعي المنظر في القطعة الواقعة تحت الصمامة غير ان هذه العلامة لا قيمة كبيرة لها لان ازرقاق النهايات قد يصادف في الصمامات الشريانية الصريحة

وهنالك واسطة واحدة لتمييز هذين النوعين من انسداد الاوعية غير انها ليست معصومة عن الخطإ : هي استعمال الاساكولين . فمتى استعمل خضع التشنج الشرياني وعاد الدم الى مجراه الطبيعي . وقد تكفي حقنة واحدة منه لزوال هذه العوارض غير انه قد لا يفضي الى نتيجة الا بعد ان يستعمل

طويلًا . غير ان هذه الطريقة في التشخيص ليست واضحة بل ان الجراح يضطر في كثير من الحالات الى فتح الناحية والنظر في ما اذا كان الشريان نابضاً او غير نابض . فيرى في حالة التهاب الوريد الازرق الشريان حراً والوريد مسدوداً ويلاحظ ان الشريان المرافق للوريد متقفع متشنج وان قطره قد نقص غير انه اذا أثر في غمده الودي وحقنه بمحلول مخدر (النوفوكائين) زال التشنج في الحال واتسع قطر الشريان .

وقد لاحظ الجراحون ان تقفع الشريان يقع في حذاء تكوُّن الخثرة في الوريد وان قطر الشريان قد ينقص الى نصف قطره الطبيعي . وان الشريان جامد لا ينبض او ان نبضاته خفيفة . ولا يجري الدم في هذا الشريان المتشنج او انه يجري خفيفاً فلا يوفر جريانه تغذية العضو وتحقق هذا الامر ببزل الشريان فلا يخرج منه الا مقدار ضئيل من الدم قرة قرة

يستنتج من التشريح المرضي اذن كما يستنتج من السريريات ان الشريان في التهاب الوريد الازرق متشنج وليس مسدوداً وان التأثير في الغمد الودي يستطيع تبديل العلامات ومحو الازرقاق وفقر الدم .

ولكن الى م يعزى تخرش هذا الغمد الودي ؟ انه يعزى كما يستدل من التحريات التي قام بها عدد من المؤلفين الى انتشار الالتهاب من الوريد المتعفن الى الغمد الودي للشريان المرافق سواء أبالجوار او بالعروق اللمفاوية الكثيرة في ذلك النسيج الضام .

اما المعالجة فمستمدة من الامراض نفسه فبما ان الخطر في تشنج الشريان الذي اذا طال افضى الى موت الطرف جميعه او قسم منه فعلينا ان نتذرع

بجميع المعالجات المضادة للتشنج ويشير الاستاذ لابير بحقن العضلات بعشرة سنتغم من الاساكولين وقد استعمله في احد مرضاه فازال بحقنة واحدة عوارض فقر الدم والازرقاق وسار التهاب الوريد الازرق بعد تلك الحقنة سير التهاب وريد عادي . ويقول بعض ممن جربوا هذا العلاج ان فعله سريع وان النبضان يعود في بضع دقائق الى الشريان فتزول البرودة من الطرف .

ويستعمل نيقول مع الاساكولين اعلاق العلق . وقد نجح ايضاً في احدى مريضاته

غير ان هذه النتيجة الباهرة لا تتحقق دائماً فان غير من ذكرنا من المؤلفين قد اضطروا الى استعمال هذا العلاج ثلاثة اسابيع قبل الحصول على نتيجة حسنة ولم تكن النتيجة التي حصلوا عليها تامة .

واتبع بعض من الجراحين طريقة لريش فخدروا الودي القطني ومشاهدة كادنه برهان على حسن هذه الطريقة فان مريضته بعد هذا التخدير اعترتها حالة مزعجة غير انها بعد انقضاء ساعتين شعرت بتحسن واضح فالالم زال والازرقاق نقص والطرف فتر .

ومنهم من يستعمل قطع الودي حول الشريان مجرداً الشريان الفخذي من غمده على طول عشرة سنتمترات وقد جنوا من هذه الطريقة بعض الفائدة واية كانت الطريقة المتبعة فانها قد تخيب وقد تقضي الحالة ببتر الطرف او قسم منه م . خ .

❀❀❀

تناذر شوفار — ستيل

ترجمة الدكتور محمد وحيد الصواف

هو التهاب مفاصل مترق ذو ميل الى التليف يختار الاطفال قبل الاسنان الثاني ترافقه آفات عديدة في العقد اللنفاوية وضخامة في الطحال ويؤثر تأثيراً سريعاً وعميقاً في الحالة العامة. اسبابه في الغالب انتانية على ان كثيراً من الحالات يبقى سببها خفياً مجهولاً (ف. فرانسون. صحيفة ليل الطبية ١٩٣٨)

سنختار حالة وسطاً درسية قبل ان نبين التغيرات التي قد تطرأ على هذا التناذر.

أ — طرز البدء: يبدأ المرض في الفصل نفسه من السنة وذلك في الربيع غالباً ويكون

أ — خفيفاً: صلابة في مفصل واحد او في مفاصل لا تلبث ان تضخم رويداً رويداً.

٢ — حاداً: التهاب مفصل مزعج، اعراضه الالتهابية الموضعية أشد مع حمى وعرق غزير واحياناً خناق احمراري يقلد داء بوبو الا انه رغماً عن استراحة طويلة المدة في السرير لا يشفى تماماً.

٣ — خفيف الحدة: أوصافه وسط بين الشكلين المتقدمين وتغيب عادة في هذا الدور آفات العقد وضخامة الطحال فلا تظهر الا في اثناء الهجمات عند ما تسوء الحالة العامة

ونجد في دور الصولة الأعراض الاساسية الاربعة للتناذر : التهابات مفاصل مزمنة ، آفات عقد ، ضخامة طحال ودنفاً مع بعض علامات ثانوية اخرى .

ب — العلامات الاساسية :

أ — التهابات المفاصل : مفردة أو عديدة تختلف توضعها فيكون عادة في مفصل لا بعيد ولا قريب بل وسط كالمعصم والمرفق والركبة او في النخاع الرقبي ولا يستعيد المفصل المصاب حريته تامة ابداً بل ان آفاته تزداد ظهوراً في اثناء التيقظات التي تخلل سير التناذر الذي يتكامل مترقياً بصورة متناظرة تقريباً متناولاً شيئاً فشيئاً جميع المفاصل : الابهام والمفصلين القصيين الترقويين والصدغيين الفكيين اما المفصلان الحرقفيان الفخذيان فيبقيان سليمين او يصابان متأخرين .

ولالتهاب المفاصل هذا صفات خاصة . فهو على الأغلب ليفي الا انه لا يترافق بلجم راحية من النموذج الذي شاهده جاكو في عقب داء بويو وهو يحترم ، على الاقل في اشكاله النموذجية النسج العظمية الغضروفية التي لا تظهر فيها الاشعة المجهولة ادنى شذوذ سواء أفي الشكل أو التركيب . وسنذكر مع ذلك في سياق العلامات الثانوية التغيرات الشعاعية التي قد تصادف في بعض الاحيان .

يورم هذا الالتهاب النهايات المفصلية : بتكثف الاقسام الرخوة واحياناً بالتوح المصلي ، فتضخم النهايات بشكل كرة او مغزل سطحها أملس منتظم بدون نتوء زاوي وتظهر ضخامتها بجلاء تام بضمور العضلات الشديد الباكر

ويشعر ، متى استقصت الاصابع في هذه التورمات ، بحس مرونة ومقاومة حتى « لقد يقال اننا نجس قشرة غير ناضجة لرغيف كبير من خبز الأرياف . »

يحرف التقفع قطع الطرف انحرافات متجهة في الاكثر الى الانعطاف تؤدي الى عاهات خطرة . وتلاحظ في الاصابع على الغالب « الريح الزندية »

وعلى الرغم من هذه التشوهات العظمية لا يشاهد ألم عفوي بل تقفع فحسب . الحركات الفاعلة غير ممكنة والمنفعلة كثيرة الألم ترافقها احياناً فرقعة . ففي البدء يخضع تحدد الحركات الناجم عن التقفع للتخدير العام فيزول في اثنائه ثم لا يلبث ان يستعصي عليه متى حدثت الانكماشات . ولا تتجه التهابات المفاصل هذه الى التقيح ابداً .

ويتغير الجلد في الفترات فبعد ان كان طبيعياً في البدء نراه في النهاية ناعماً شاحباً رقيقاً وكثيراً ما يكون رطباً (moite) . اما في اثناء الهجمات فتظهر عليه علامات التهابية : احمرار ، حرارة ، تورم ، ألم .

وفي نهاية السير يصبح المريض المحسور في كرسيه او فراشه عاجزاً ملتصقة مفاصله في كل ناحية .

٢ — آفات العقد : تقع في المناطق المناسبة للمفاصل المصابة وتكاملها تابع لتكامل التهابات المفاصل فيتوافقان في المد والجزر بدون الشدة اذ لا يحتم ان تتوازى هذه في هاتين الزمرتين من الاعضاء . ويعتقد البعض (شوفار ، ميشالي وغامنا) ان هذه الآفات تستولي على انحاء جديدة فوق المفاصل ويعتقد البعض الآخر انها تتم دون ان تكون لها صلة ما بالتهابات المفاصل .

واكثر العقد اصابة هي : عقد فوق البكرة والعقد العضدية والابطية والحرقفية الظاهرة ثم تأتي بعدها العقد القصية الخشائية وعقد فوق الترقوة والمأبض . وقد ذكر اشتراك العقد الحشوية : عقد المنصف (كما في حادثة شخصية) عقد سرة الكبد (ستيل) وعقد المساريقا (تيرولوا)

ولا تلتصق العقدة المصابة بالجلد ولا بالسطوح العميقة بل تتزلق تحت الاصبع ولا تميل الى التقيح ولا يلتهب ما حولها وهي لا تؤلم الا في بعض الاحوال النادرة في اثناء الهجمات ، قوامها متجانس وهو مرن او صلب متى قدم عهد الاصابة ، حجمها يتبدل بحسب الهجمات المفصلية فيبلغ بقفزات متتابعة حجم حبة الفاصوليا أو الجوزة الصغيرة فلا يجوزه ابداً

٣ — ضخامة الطحال : تتبع الادوار نفسها . فعلى العموم يجوز الطحال الحافة الضلعية ٤ — ٦ سنتمترات ويضخم احياناً فيجوز السرة . وفي حالات اخرى يبقى حجمه طبيعياً من البدء حتى النهاية والقاعدة فيه انه لا يؤلم .

٤ — الدنف : يصل المرضى عادة الى انحطاط حقيقي . فيهزلون بانحلال النسيج الشحمي والعضلات وتجلى فاقة دمهم بالسحنة الشمعية يضاف الى ذلك متى كان المريض طفلاً وقف رائع في نمو البدن . وغياب الحمى نادر خاصة في اثناء الهجمات . اما في الفترات فتكون الحمى اما ارتفاع حرارة خفيفاً دائماً او هبات حرارة موقتة او ادوار حرارة متقطعة او متموجة تفصلها فترات غير حمية .

ج — العلامات الثانوية : نذكرها جميعها :

١ — الجلد : فلنذكر العرق الغزير الذي لا يتماشى تماماً مع الادوار

الحمية والحمامى الموقتة ذات الشكل الرعامي او القرمزي او الحلقي الخ ...
ونادراً الاصطباغ الأسمر الذي يظهر خاصة في الاجزاء المكشوفة (فالتي)
والفقاع (pemphigus) (غرابر — دوفارناي) وعجر ماينه (Meynnet) (دبره)
وهجمات الشرى (في حادثة شخصية)

٢ — العينان : تبرز العينان احياناً (ستيل) وقد كان احد مرضانا مصاباً
بمرض بازدو الصريح مع اعراضه السريرية الاربعة الوصفية وتطور اساسي
مزداد يبلغ ٤٤ ./.

٣ — الاحشاء فحص الصدر والانبوب الهضمي سلبيان . الكبد طبيعية
عادة بيد انها قد تضخم خاصة في اثناء الهجمات وتلاحظ بيلة آح في عـدد
من الحادثات .

وكثيراً ما تشاهد التصاقات في الصفاق (البريطون) (ميشالي وغامنا)
وفي الجنب (ستيل) ويؤكد هذا المؤلف التصاق التأمور دون التهاب في
المنصف . وتناسب التهابات ما حول الاحشاء هذه في الحقيقة ، المشاهدات
التشريحية اكثر من السريرية .

ويبدي الشغاف أحياناً التهاباً مزمناً في المصاريع الاكليلية والابهرية
(شوفار ورامون، باركويبر ، بوانتون الخ . . .) وفي حادثة لدبرة (Debré)
تكون دداءاوسلر وفي حادثة للينه كليمان ولوني (Lesné,Clément et Launay)
تكون التهاب شغاف وخيم بالمكورات العقدية

٤ — التناظر الخلطي : فاقة دم مع نقص في الكريات الحمر حتى الثلاثة
ملايين، نقص في خضاب الدم، والقيمة الكروية دون الواحد: وتزيد الهجمات

هـذا النقص . المقاومة الكروية طبيعية وترسب الصفيحات الدموية مزداد في الغالب .

وتتبع الصيغة الكروية نظاماً خاصاً في اثناء سير المرض : في البدء تزداد الكريات البيض زيادة معتدلة وتغلب فيها كثيرات النوى وتنقص الايوزينيات وفي النهاية تنقص الكريات وتغلب فيها اللنفاويات وتنقص الكريات المعتدلة . وما بين هذين الدورين صيغات انتقالية .

يرتفع الرقم في تفاعل فرن بالرزوورسين ، حامض بول المصورة والكلس طبيعيان .

وفي الجملة هذه هي الاشارات العامة في الرثيات الانتانية المزمنة .

٥ — الآفات الشعاعية : القاعدة ان لا تبدو بالاشعة آفة ما حتى ان نقص الكلس المنتشر الذي كثيراً ما يشاهد في الرثيات الانتانية المترقية لا يظهر بحسب باخ (Bach)

وفي الحقيقة اذا صحت هذه القاعدة في اكثر الحالات فان عليها بعض الشذوذ . فقد تشاهد كما لاحظنا ذلك مع فوراستيا وروبر آفات لا يستطاع بها تشخيص تناذر شوفار — ستيل ويحسن تصنيف هـذه الآفات اربع زمر :

أ — الآفات الانتانية المنشإ : نقص كلس محدود او منتشر ، ثلمة كخدش الظفر في السطوح المفصلية، انقراص في الفاصل المفصلي قد يفضي الى التيبس خراب في السطوح العظمية الخ . . . هذه هي الصور التي تكثر مصادفتها

ب — التنبؤات العظمية (osteophytes) : نادرة ويعزو اليها بوانتون

وشلاسينجر شأناً كبيراً .

ج — اختلالات في نمو العظام وهي اغرب هذه الآفات تحدث اما بوقف في نمو العظام (atrésie) (ضمور الفك السفلي مثلًا) او على العكس وهو اكثر مصادفة بازدياد فيه بالتأثير المحرش للسير الالتهابي (علامة غرالسكا) وقد اوردنا امثلة عن كل من هذين الاحتمالين .

٤ — ويشاهد في الاندر نوع من التهاب السمحاق المغمد (engainante) (دبره ، بروكا ، لامي الخ . . .)

د — السير : يبدو التناذر بعد بدء خفي او بدء شبيه بداء بو يو كرثية مزمنة مترقية انتانية تؤدي الى الدنف . ويتم هذا السير بهجمات تأتي باوقات معينة ثابتة فتحدث حمى وتزيد في شدة الاعراض وتصيب مفاصل وعقداً بقيت حتى الآن سليمة ومتى هجمت الهجمة تشتد العقابيل اكثر فاكثر وتسوء الحالة العامة كثيراً .

هذا هو السير المعتاد . وفي النادر يكون ترقي المرض بطيئاً تقطعه هجمات طويلة قد تبلغ ثلاثاً حتى ثماني سنوات في مشاهدة خاصة . وقد تبقى الرثية موضعية وقد شوهدت حوادث شفاء أصدقها حادثة ستوك — بيسك (Stoke - Piske) التي لم يشاهد فيها تقريباً شيء من العقابيل . ومريض شيفاليه وهوير (Chevalier et Heuyer)مثال آخر على هذه الانواع السليمة التي يكثر حدوثها في انكلترا فتتوقف في سن البلوغ (باخ) . الا انه يجب ان نخشى التيقظات المتأخرة . والانذار على العادة سيء اذ يحدث الموت بعد بضع سنين واحياناً بعد عشرين سنة .

ويندر ان يقضي المريض بتقدم الدنف او بالسل بل المعتاد ان يموت بآفة رئوية بالمكورات الرئوية (ذات رئة ، ذات قصبات ورئة) او احياناً بالتهاب شغاف وخيم سريع السير او بطيئه (دبره ، بروكا ولامى) اما الحصبة والقرمزية واليرقان النزلي (ستيل)والدفتيريا (روسدال) فانها على العكس قد تترك بعدها بعض التحسن

هـ — الاشكال السريرية : يحددها السير والسن والاعراض

التشخيص : يبنى على مشاهدة الاعراض الاربعة الرئيسة : آفات مفاصل من النموذج الليفي ، آفات عقد لنفاوية : ضخامة طحال (غير ثابتة ولاسيما في البدء) ودنف ، على ازديادها الاشتدادي في اثناء الهجمات ذي القيمة السريرية الكبيرة .

ويجب الالتجاء الى فحص الدم لدفع الالتباس مع مرض دموي معرقل بضخامة عقدية: ابيضاض دم لنفاوي، تناذر عقدي في ابيضاض دم لنفاوي ، تناذر عقدي في ابيضاض دم نقوي (نادر جداً) ازدياد كريات بيض محببة خبيث (granulocytose) وجميع هذه الامراض لا تترافق برئية مزمنة . وينفي التهاب المفاصل ايضاً جميع الآفات التي تحلى بضخامة طحال بدئية . اما داء هانو وداء بانتي فقد يستدعيان ايضاحات خاصة .

ويميز تشخيص الآفات المفصلية وتناذر شوفار — ستيل ، عن الشكل الكثير المفاصل للنقرس المزمن الذي تظهر فيه العقيدات الخاصة(tophi) وزيادة حامض البول في المصورة ، وعن الرثية المزمنة الليفية التالية لداء بوبو (جاكو — ستيل) وهي نادرة ترافقها لجم ليفية في راحة اليد بدون

ضخامة في الطحال او العقد ، وعن الاشكال العادية للرثية المزمنة المترقية الانتانية التي تؤدي مع الزمن الى تشوهات عظمية مفصلية كبيرة : تكثر في هذه الاشكال ضخامة العقد الموضعية (خلافاً لمشاهدات ماكراي) وتندر ضخامة الطحال .

وليعلم ان تناذر شوفار — ستيل في الاطفال هو الشكل الاكثر مصادفة من اشكال الرثية المزمنة في هذه السن

يبقى الآن وضع تشخيص سببي في كل مرة يكون ذلك ممكناً ولكن مسألة السبب في الحقيقة بعيدة عن ان تحل .

المعالجة : لا تزال حتى الآن في دور التجربة بالنظر الى جهل اسباب التناذر نفسها وتستوحى من الطرق التي تطبق في معالجة الرثيات المزمنة المترقية الانتانية

ويتفق المؤلفون اليوم على اعلان خيبة المعالجات التالية : الاستلقاح الاستهلام ، صفضافات الصوده ، الاستشماع بالمواد المشعة ، الاستشماع بأشعة رونتجن . وعلى العكس يظهر انه يجب الالتجاء الى :

١ — بعض العوامل الكيمياوية: الارسانوبنزول (نجاح باهر لميشالي وغامنا) ، اليود الذي يتمتع برواج كبير (صبغة اليود ، حقن الوريد باليودو الكوالات iodoalcoylate) ملاح الذهب التي ادت على العموم الى تحسنات عظيمة غير ان بوانتون وشلاسينجر يرفضان استعماله بتاتاً ، حقن الوريد بغلوكونات الكلس الذي نبه الى استعمالها موريكان وغرابر ودوفاتاري ، الارغوستيرول المشعع الذي يثبت ملاح الكلس والايثر البانزيلي السينامي (ether benzylcinnamique) .

اما نحن فنصر على ضرورة اتباع معالجة مختلطة مدة طويلة (ذهب، يودو الكوالات، ملاح كلس، ايثرباتزيلي سينامي). وقد اقترح ميشالي وغامنا المعالجة بالبرداء ولا نعتقد انها طبقت ابداً

٢ — ويمكّن التثبيت المتقطع بالجبس المشارك مع قطع الالتصاقات بالتخدير العام، من اصلاح الوضعات المعيبة التدريجي (سويم فوراستيه)

٣ — واعطاء هؤلاء المرضى قواماً غذائياً كثيراً ومتنوعاً ذو شأن كبير على ان يخصص في هذا القوام للحم والخمر المكان الذي يستحقانه

٤ — وتلعب بعض طرق المداواة بالعوامل الطبيعية (الحرارة، الاشعة فوق البنفسجي وتحت الاحمر والتمسيد احياناً الخ . .) وبالمياه المعدنية (crénothérapique) (اكس ليبان) ادواراً مساعدة. وقد حصل دبره على نتائج مشجعة برفعه الحرارة كهربياً بالامواج القصيرة (électropyrexie à ondes courtes). واقترح ليباناتيه (Lepennetier) استئصال الطحال.

٥ — استئصال الطحال : اجراه الاميركيون هانراهان وميلرو كرافن واجراه أيضاً لوبر لومار وباتل فأدى الى تحسن سريع آني الا ان المريضة توفيت بعد ثلاثة اسابيع من العملية بذات القصبات والرئة الطارئة. وأجراه ايضاً فيلاري وبرجراي بيزانسون، جوستان وروبنس ودوفال فرأوا ان حالة مريضهم تطورت في بضع ساعات مما يشبه التغيرات الآنية التي شوهدت بعد استئصال نظيرات الدرق. الا ان الوقت لم يحن بعد لاصدار حكم بات في هذه العملية وفي نتائجها البعيدة.

الشباب والاشباب

(٦)

المفرزات الداخلية والاشباب

للعليم الاستاذ شوكت موفق الشطي

ينتقد ايسكلوندسكي (Ischlondsky) جميع الطرق التي وصفت في الإشباب ويقول ان اختباراته لم تؤيد ما روي عنها ويزعم ان الشيخوخة تنتج من اضطراب الغدد الصم جميعها لا من بعضها ويبين ان للغدد المذكورة منبهات خلطية خاصة، كثيرة في النسج المضغية لذلك استحضر سنة ١٩٢٤ خلاصة من اعضاء المضغ كالطحال والمخ والكبد والاعضاء التناسلية والتي وغيرها وجرب عملها في الجسم فاتضح له انها تنشط الغدد الصم فتبدأ اولاً بتنبيه الغدة النخامية ثم بغيرها . وقد راقب بعين بصيرة تأثيرها في الحيوانات المسنّة والحيوانات المريضة وفي الشيوخ وفي بعض امراض الانسان .

عمل خلاصات المضغ في الحيوانات المسنة والمريضة

حقنت الحيوانات المسنة بخلاصات مضغية فزاد نشاطها وكثرت تغذيتها وزاد وزنها وعادت لها قواها الخائرة ونمت اوبارها .

وظهرت آثار هذه الخلاصات في دورة الدم فنشطت وزاد خضاب الدم في الكريات الحمر . وحقن بها حيوانات كانت من الموت على قاب قوسين او

ادنى فنجت واستمرت حياتها .

وقد استنتج من اختباراته الكثيرة ان الخلاصات المضغية تزيد مقاومة الحيوان وتنشط عناصر الدفاع الطبيعية فيه سواء أفي حالة المرض ام في الشيخوخة لذلك شرع باختبار عملها في الانسان .

عمل خلاصات المضغ في الانسان

جرب تأثيرها في مكافحة مظاهر الشيخوخة والامراض المستعصية .

أ — عمل خلاصات المضغ في الشيوخ

١ً — تأثيرها في قوى الشيخ البدنية : ازدادت قوة الشيوخ بتأثير الخلاصات المذكورة وقد عرف ذلك من قياس قوة الشيوخ ومن ازدياد طاقتهم على رفع الاثقال ومن نشاطهم في تسلق السلالم ومن استطاعة الرياضيين منهم العودة الى ممارسة الرياضة التي كانوا الفوها وقد عالج رجلاً مضى عليه ما يقرب من ١٥ سنة وعلامات الهرم تزداد فيه سنة فسنة فحقنه ١٤ مرة بالخلاصات المضغية المذكورة خلال ٤٠ يوماً فتحسنت حالته بسرعة مدهشة ثم عالج اشخاصاً آخرين فحصل على نتائج حسنة في جميع الحالات

٢ً — تأثيرها في النشاط العصبي الروحي : عادت بتأثير الخلاصات المذكورة الى بعض الشيوخ الذين عولجوا بها قوة التفكير وقويت عندهم الارادة والقدرة على احتمال الدرس والتمحيص ونشطت ذاكرتهم وانتباههم واصبح نومهم طبيعياً بعد ان كان الارق يزعجهم كثيراً

٣ً — تأثيرها في الاقسام المحيطية المختلفة من الجملة العصبية : وقد بدا ذلك بانتظام الانعكاسات المختلفة وزوال اعراض التصلب الاذني والارتعاش الشيخي والخلل الخطي الناتج منه وغير ذلك .

٤ً — تأثيرها في مظاهر التصلب الشرياني الرئيسة : نقص أثر استعمالها التوتر الشرياني المرتفع وزال تشنج العروق وهجعت علامات الخناق الصدري .

٥ً — تأثيرها في قصور القلب وحؤول عضلته : كانت فائدة الخلاصات في هذه الحالة عظيمة جداً فزال بها النهج والكلل والوذمات وصغر القلب وعاد التنفس طبيعياً وزالت ضخامة الكبد

٦ً — تأثير الخلاصات الضغية في الانبوب الهضمي : تزيد الشهية الى الطعام وتحسن التمثل وضده وتنشط حركات المعدة والمعى فتزيل القبض

٧ً — تأثيرها في تطور (ميتابوليزم) الشيوخ العام : تعيد المبادلات الى سابق عهدها فتوقف الإشحام وتزيد قوة الهضم وقد نقص بها شحم المصابين بالسمن من الشيوخ

٨ً — تأثيرها في تقوية مقاومة الشيوخ ضد الانتانات : جمع المؤلف مشاهدات كثيرة تثبت على رأيه ان مقاومــة الشيوخ ضد امراض ذات الرئة والوافدة والانتانات الناجمة عن المكورات العنقودية وآفات الطرق البولية قد زادت باستعمال الخلاصات المذكورة

٩ً — عملها في جهاز الانسان البصري وخاصة في حالات مد البصر الشيخي وضعف المطابقة والساد : خفت باستعمالها علامات مد البصر الشيخي وقويت المطابقة وصغرت الكثافات المحدثة للساد بامتصاص بعض اقسامها

١٠ – تأثيرها في الوظيفة التناسلية : ليس تأثيرها في الوظيفة التناسلية مقصوداً غير انه متى نشط جسم الشيخ وعادت اليه قواه المختلفة وانتظم عمل اعضائه عادت الوظيفة التناسلية الى سابق عهدها لأن قصورها ليس ناتجاً من ضعف عضو خاص بل من اضطراب سلسلة من الاعضاء والغدد فمتى انتظم اضطراب هذه الاعضاء انتظم ايضاً العمل التناسلي .

ب – عمل خلاصات المضغ في الامراض

جرب عملها في مقاومة الضعف العام وانخفاض التطور والنهكة الروحية واضطراب الغدد الصم والغدد التناسلية وفاقات الدم وابيضاضه وقصور القلب واضطراب الدوران وآفات الجهاز التنفسي والامراض الانتانية وانواع السل العقدي والرئوي والعظمي والسحائي والتهابات الكلية التصلبية واضطراب الاسنان وامراض الانف والاجفان والمنضمة المستعصية والمرض النزفي وبعض الاورام كالورم الرملي فكانت النتائج باهرة للغاية

طريقة تأثير الخلاصات المضغية

ان ما يثير الاعجاب هو كون تأثير هذه الطريقة عاماً ونافعاً في اضطرابات الجسم وامراضه الكثيرة ويمكن ان ترد اسباب نفعها الى ثلاثة امور :

اولها : تأثيرها في مجموعة الغدد الصم . فقد ثبت لدى المؤلف تنبيه الخلاصات المضغية للغدة النخامية والمعثكلة (بانكرياس) والغدد التناسلية وتنظيم وظائفها واعادة التوازن بين جميع الغدد الصم .

ثانيها : عملها في اعادة التوازن بين اعمال الجملة العصبية المركزية وتنظيم افعال الشبكة العصبية المنتشرة في كل ناحية من انحاء الجسم

ثالثها : تنشيطها للمظاهر الاساسية في الحياة الخلوية

تمحيص ما ورد ذكره من الاراء في الاشباب واسباب الشيخوخة وعلاماتها وطرق

الوقاية من مظاهرها

اذا استقصى الباحث اسباب الشيخوخة الحقيقية وامعن الناظر في علاماتها ايقن ان مظاهر الاشباب التي خيل الى المؤلفين انهم حصلوا عليها ليست ثابتة وانها ناتجة في الغالب من نشاط موقت لذلك كان شأن جميع الطرائق التي مر ذكرها وغيرها مما لم يذكر الرواج الوقتي كرواج الازياء ثم الاهمال والترك

الشيخوخة واسبابها

علامات العتي الاولى وزمن ظهورها

تبدو علامات الشيخوخة في الانسان بتبدل منظره وسيماه ومشيته وسلوكه واضطراب نسجه واعضائه فيتجعد الجلد وتظهر فيه اخاديد مختلفة العمق تستقر خاصة في زاوية العين الوحشية وتجعد النقرة ويشحب لون الوجه ويستر بقع صباغية وتظهر فيه ثآليل شيخية وتبدلات اخرى اطلق عليها

بعضهم ازاهير اللحد ويشيب الشعر ويتناثر اما الحاجبان فيبطئ ظهور الشيب فيهما ويتأخر تناثر الشعر منهما ويدل سقوط اشعارهما على قرب الأجل وتتسع عروق اللحف السطحية ولا سيما في ظهر اليد وتقسو الشرايين وتصلب الاظافر وتظهر فيها اثلام طولية وتؤتكل الأسنان وتصفر وتهتز ثم تسقط ويهبط وزن الجسم عادة في العقد السابع ويقل في العقد الثامن

وتضطرب المطابقة في العين قبل السنة الخمسين ويتبدل لون القزحية وصباغ المشيمية وقد يعود الجسم البلوري مصفراً وقد تحيط بالقرنية دائرة بيضاء الى الزرقة تسمى القوس الشيخية وقد تكشف بقع مصطبغة في الطبقة الشبكية ويضطرب السمع ويخف الشم ويقل الذوق ويضعف حس اللمس ويتبدل الصوت وتخور القوى وتقل مدة النوم وتنقص السعة التنفسية ويتكوم الجسم وينحني لالتحام بعض الفقرات وينقص الطول مقدار ٧ — ٨ سنتمترات في السن الثمانين وتزول الدروز في الجمجمة وتلتحم بعض الغضاريف والعظام في الصمصم وفي قبضة القص وفي العظم اللامي .

ويستولي النسيج الضام على الاعضاء فيشل عملها وتضعف الذاكرة وتتبدل الاطوار .

ان زوال الطمث من علامات الشيخوخة في النساء ويتم قرب السنة الخمسين فلا يعدن مخصبات . اما الرجل فيبقى محافظا على اخصابه التناسلي عهداً طويلاً .

وليست هذه الاضطرابات متعاصرة بل تتتابع في الظهور ولا يكون تعاقبها موقوتاً ومتسقاً في الاشخاص فبينما يشيب فرد في العقد الثالث من

العمر وتكون اسنانه سليمة يكون الآخر قد فقد اسنانه وما زال شعره محافظاً على رونقه في السن نفسها ومما لا شك فيه ان الاضطرابات المرضية العارضة تضل هذه التبدلات فتغير زمن ظهورها وتجعل اتساقها كثير التشويش وقد لاحظ مربو انواع الحيوان منذ عهد قديم ان بين كمية اللبن المستحصل وعدد البيض في السنة وعمر الحيوان صلة اكيدة

الآراء التي قيلت في صدد الشيخوخة

ان عدد هذه الآراء كبير جداً وذلك دليل على انه ما من رأي واحد منها يفي بالمقصود فقد زعموا بان الشيخوخة تنجم عن اضطراب التوازن بين النواة والهيولى او عن تبدل المصورات الحيوية (متيوكوندري) وفسادها

وقد شاهد بعضهم ان ماء نسج الشيخ اقل من نسج الكهل والشاب ولذلك زعموا ان الشيخوخة تنشأ من استمرار جفاف النسج وتخثر الهيولى وتبدل الخلط الباطن بسببه. وقد لوحظ ان ماء الخلايا يقل كلما تقدمت السن

كما انه ليس من سبيل الى اتهام الانسمام الذاتي باحداث الشيخوخة ما زالت اعضاء الافراغ سالمة تقوم بوظائفها حق القيام على ان من عوامل الشيخوخة التي لا شك فيها استيلاء النسيج الضام وخلاياه الهاجرة والثابتة والبلعمات وغيرها على العناصر النبيلة في الاعضاء وهذا ما يشاهد في الدماغ والكبد والكليتين والمبيض وغيرهما

ويقول مشنيكوف ان معى الانسان الغليظ وركود المواد الغائطة وكثرة الاختمارات فيه لمما يساعد على ظهور الشيخوخة وذلك لان

السموم التي تتكون في المعى الغليظ تمر الى الدم فتؤثر في جدر العروق وتجففها غير ان الشيخوخة تصيب كثيراً من المخلوقات التي لا معى غليظ ولا بلعمات كبيرة لها لذلك كانت نظرية ميشنيكوف غير كافية لتبيان سبب الشيخوخة في جميع المخلوقات بل تشرح لنا بعض حالات الشيخوخة في الانسان والحيوانات العليا .

ويقول مارينسكو انه يجب ان يبحث عن اسباب الشيخوخة في بطوء الصوغ الكيمياوي المؤدي الى اضطراب البناء الخلوي وتبدله تبدلاً تشريحياً ونسيجياً وفي تبدل حالة الخلايا الغروية في النسج المختلفة ، ويزعم هذا المؤلف ان ذلك يؤدي الى قلة الماء في الحبات الغروية وتنتج من ذلك علامات الشيخوخة المختلفة .

ويعتقد ان هيولى الخلية تحتوي على حبيبات وانه يتكون في هذه الحبيبات صباغ ينتج في الخلايا العصبية من اضاعة الحبيبات الغروية لمائها .

ويستنتج مارينسكو من ابحاثه ومما شاهده في الخلايا العصبية وكيفية نمائها ان الشيخوخة والموت حادثان عامان لا مناص منهما ولا مفر ويقول لا كاسين ايضاً ان الشيخوخة ناجمة عن اضطراب الغرويات في العضوية والهيولى والنسج الخلالية ويرى اوغست لوميار ان الغرويات الطبيعية التي تتركب منها النسج والاعضاء والاخلاط هي من صنع الخلايا . وانها لا تتكون وتتجدد الا اذا تكاثرت الخلايا فما زالت الخلية قادرة على التكاثر استمرت نشيطة وشابة لانها تجدد غروياتها . واما متى وقف التكاثر الخلوي فان

الغرويات تتجه الى الكدورة فالزوال او الخثور والرسوب فتشيخ بذلك الخلية ثم تموت . وليست الشيخوخة في نظر اوغست لوميار مرضاً خاصاً بالغرويات ولكنها حادثة ناجمة عن نمو الغرويات وواقعة لا محالة

وقد عرف ان غرويات النسج الضامة اكثر مقاومة من غرويات النسج النبيلة فبينما تكون الخلايا البشرية قد اضاعت غروياتها تظل الخلايا الضامة محافظة عليها وينتج من ذلك امكان تكاثر النسيج الضام بينما يكون تكاثر الخلايا النبيلة في الاعضاء موقوفاً . ينتج من ذلك اضطراب في التوازن بين النسيجين الضام والنبيل فيفوق النسيج الضام على النبيل ويتم بذلك التصلب (la sclérose) الذي يعوق الاعمال الحيوية ويجعلها بطيئة لذلك تبطيء الافعال الحيوية كلها في الشيوخ

الوسائل الواقية من الهرم والمساعدة على التعمير

لقد بينا فيما سبق ان الشيخوخة حادث طبيعي لا مفر منه وان كل ما قيل في صدد الاشباب من قواعد واسس تنهار متى عصفت بها ريح التجارب والاختبار لذلك كان على الانسان ان يقي نفسه من الوقوع في علامات ارذل العمر وذلك بالتوقي مما يوقعه بها .

الوقاية من الهرم

ان من اسباب الموت المبتسر ما ليس للانسان عليها اقل سلطة كالحادثات الفجائية التي تذهب بحياة عدد كبير من الناس وبعض الامراض الوبائية

التي لم تكشف وسائل الوقاية منها بعد . على انّ الى جانب هذه الاسباب المميتة القاهرة اسباباً اخرى يستطيع الانسان اجتنابها اذا عرف ان يضع حداً لرغباته واهوائه . وينبغي ان يكون الانسان كبير الحزم كي لا يتبع هواه لان النفس امارة بالسوء .

اما الخطط التي يجب اتباعها لبلوغ اقصى حد في التعمير والتي يستطيع الانسان التمشي عليها فانها كثيرة وقد عني بالبحث عنها اختصاصيو علم الصحة وكتب عنها حديثاً غينو (Gueniot) في كتاب سماه سبل التعمير وهذا المؤلف معمر ناهز المئة سنة من العمر وكان رئيساً للمحفل الطبي في باريس فهو خير من يكتب في هذا الصدد لعدة اسباب احدها تعميره اذ لا يزال حياً وثانيها خبرته بالأمور الصحية العلمية فهو طبيب من خيرة اطباء عصره وثالثها كونه من حملة اليراع وممن جمع بين الأدب والعلم فعانقهما في مخيلته واظهر ذلك في اسلوب بيانه واننا نذكر فيما يلي بعض النصائح التي قال بها

قال تدعي العامة بان النوم معيد للقوى وهذا الرأي صحيح ويعتقد الاقدمون ان في النوم شفاء وهذا كلام لا غبار عليه اذ لاشك ان اليقظة تحدث في اخلاطنا تبدلات عظيمة اهمها سمول الغرويات ويدل على ذلك تكدر عناصر السائل الخلالي والمصورة الغروية وغرويات الخلايا ايضاً . يؤدي ذلك الى حس التعب فلا بد حينئذ من الراحة لتعمل في خلالها الكريات البيض عملها المنظف فتهضم الانقاض والكدورة او تبتلعها وتنقي الدم من الجزيئات التي تولدت فيه بسبب العمل الوظيفي اثناء اليقظة .

لم تقم الأدلة على صحة هذه الفرضية غير انها ليست بعيدة عن الصواب

وربما كانت اقرب اليه من غيرها وينبغي ان تكون مدة النوم من ست ساعات الى ثماني ساعات وذلك بالنسبة الى السن فحاجة الشباب الى النوم اكثر من حاجة الشيوخ اليه ولعل السبب في ذلك بطوء نشاطهم الوظيفي وضآلة عملهم وقلة استهلاكهم للضروريات .

ويزعم لاكاسيني (Lacassagne)وهو مؤلف كتاب الشيخوخة النضرة ان نصف الليل يجب ان يوافق وسط النوم وان نوم ساعتين قبل نصف الليل خير من النوم اربع ساعات بعده ولذلك كان من اللازم ان يبكر الانسان في النوم وفي اليقظة ويجب ان تكون غرفة النوم فسيحة لا تقل سعتها عن ٤٠ الى ٥٠ متراً مكعباً وان تهوى جيداً وان لا توضع فيها نباتات وازهار ولا يجوز ان تدفأ بالمدافىء

وللعناية باقسام البدن المتنوعة اهمية كبرى فان لوظائف الجلد شأناً كبيراً في المحافظة على توازن افعال البدن الحيوية لانه يفرغ قسماً من الماء الداخل في بدننا ويخرج معه قسماً كبيراً من السموم لذلك كانت المحافظة على سلامة الجلد لازمة والعناية بنظافته واجبة ويتم ذلك بالاستحمام وبدلك الجلد وغسل اقسامه المكشوفة مراراً

كما ان للاستشماس والاستضواء (bain de lumière) نفعاً عظيماً لانهما مقويان وتقتل اشعة الشمس الجراثيم ويجب ان يغسل الفم والبلعوم والحفر الانفية مراراً وان تكون المادة المستعملة في غسلها احياناً قلوية وان يعتنى بالاسنان عناية فائقة وان تنظف بعد كل طعام وان يرمم النخر فيها وان يعالج سيلان القيح من سنخ الاسنان فربما كان هذا باعثاً لاضطرابات

مرضية كثيرة وافسادات معدية معوية وادواء جلدية واورام معدية ومعوية على رأي بعضهم. ويجب ان يكون الشعر قصيراً وان تقلم الاظافر وان يحافظ عليها نظيفة

ويرى بعضهم ان اشتغال الشيخ بالاعمال العقلية التي تحتاج الى نشاط الدماغ والى التفكير غير مضرة له لا بل هي لازمة ومسلية متى كانت غير مجهدة . ويستطيع ان يتوصل الى ذلك بالقراءة وغير ذلك مما لا يحتاج الى جهد عقلي وينصح لا كاسيني الشيخ ان يتنزه بين الساعة الحادية عشرة والثانية عشرة وان يرتاح بعد الغذاء وان يتمشى من الساعة الثانية حتى الرابعة تسهيلاً للهضم وان يطالع ما بين الساعة الرابعة والسابعة كتبا وغير ذلك

ولا يرى اوغست لوميار هذا الرأي بل يعتقد انه لا بأس على الشيخ من الاشتغال بالامور التي تحتاج الى تفكير عميق والى اجهاد الدماغ ويتعاطى هو نفسه وهو معمر اموراً عقلية يجهد من اجلها ملكاته العقلية كما في سابق عهده ولا يرى انه مخطيء بذلك لان الملكات العقلية تبقى نشيطة حتى آخر ايام الحياة وهي تزداد في نظره قوة كلما تقدمت السن خلافاً للقوى البدنية التي تنحط بتقدمه

ومما لا شك فيه ان ذلك يختلف باختلاف الاشخاص فان عمل بعضهم العقلي يضعف قبل الأوان بينما يبقى الآخرون متمتعين بعقل وافر وفكر ثاقب حتى آخر حياتهم

وان قصة لوميار في هذا الصدد كبيرة الفائدة. كان هذا الرجل من محترفي الصناعات وكان يدير مصنعاً كبيراً هو واخوه وقد صادفا عقبات جمة استطاعا

ان يتغلبا على اكثرها وقد اشغلت علاقاتهما التجارية والصناعية والادارية جميع اوقاتهما فلم تسمح الظروف لأحد منهما بارتشاف العلم حتى السنة الاربعين فانتسب حينئذٍ لوميار الى معهد الطب ثم اخذ يدرس العلوم الحيوية وكان له من العمر ستون سنة وما زال نشيطاً يطلب الزيادة في العلم بدون ان يشعر باي تعب ولم تكن اشغاله العقلية كثيرة في زمن من ازمنة حياته الطويلة كما كانت عليه بعد ان داس عتبة السبعين من العمر ولا يشعر من اشغاله العقلية باقل تعب ويقول ان اقصى امله وغاية ما يتمناه هو ان يستطيع الاستمرار على الدرس والمطالعة كتلميذ متطلع نقّاف حتى آخر سني حياته على انه اذا كانت اكثر الملكات العقلية تزداد نشاطاً في الشيخوخة فان واحدة منها تضعف وهي الذاكرة

هذا واذا كان للشيخ ان يستعمل ملكاته العقلية فعليه ايضاً ان لا ينقطع عن التمارين البدنية ليؤمن الاحتراق الباطني ويساعد بذلك على اجتناب تراكم الانقاض الغذائية وتسهيل افراغها ان يسهل تسيير الدوران الراجع والتنفس ولا شيء اضر للشيخ من النهم ويصعب عليه مقاومة اشتهاه لان بعض الشيوخ يشعرون كأنه لم يبق لهم في الحياة ما يلتذون به الا الطعام النفيس ولذلك نراهم نهمين تشغلهم معدهم عن صحتهم وهذا ما دعا بعض المؤلفين الى القول بان الانسان يحفر قبره باسنانه .

ولا يشعر الشيخ عادة بضرورة الاحتراز من كثرة الطعام واجتناب النهم الا بعد ان يفتك المرض بجسمه فيندم حيث لا ينفع الندم اذ يعود الانبوب الهضمي مصاباً باضطرابات كثيرة وتصبح الكبد عاجزة عن دفع غارات

انواع السموم وضروب الانتان ويصبح الوجود مثقلًا بالانقاض و تُخزن بعض الاجسام الغريبة في الاعضاء الاصلية فتعوق عملها وتنوء بها وتشل الوظائف الحشوية وتحدث المرض. تترسب هذه الانقاض في اعضاء مختلفة فتكوّن امراضاً عديدة وتتضرج العروق بمواد معدنية تجعلها قاسية وتعيد دوران الدم فيها صعباً ويتعب القلب ولا يعود قادراً على ريّ النسج ويضطرب الافراغ الكلوي من جراء القصور الدوراني او من تبدل العضو الخ . .

واننا نذكر فيما يتلو بعض القواعد الرئيسة في حمية الشيوخ وهي الاعتدال في اكل اللحوم والأكول المخدشة الكثيرة التركيب والاكثار من المطبوخات البسيطة وتناول الخضر والفواكه وجعل طعام المساء خفيفاً ولعل من اهم الامور الابطاء في الاكل ومضغه جيداً توفيراً لعمل المعدة وعليه ان يقاوم نفسه وهواه وان لا يحزن ولا يتشاءم وان يحافظ على هدوئه وان يعتدل في جميع اموره فلم يخطىء من قال حب التناهي غلط خير الامور الوسط

❀ ❀ ❀

كتب جديدة

الطب الشرعي وعلم السموم

تأليف الدكتور فؤاد غصن

مجلد ضخم ألفه زميل فاضل قضى حياته في البحث والتنقيب وخدمة الطب الشرعي والعلم واللغة والتاريخ تحفزه على ذلك عروبة صادقة كامنة في حشاه لا يلبث قارىء الكتاب ان يراها في مقدمة كتابه نقد جاء فيها كلمة طيبة عن النهضة القومية في البلاد العربية وعن اصطحابها بنهضة علمية صحيحة الاساس غير انها لا تزال مع ازدهارها في طور طفولتها، طور الجهود الفردية الذي يسبق وفقاً لناموس النشوء والارتقاء طور الجهود الاجتماعية الذي لا بد آت بفضل هذه اليقظة الحديثة . ولا شك ان من الاسباب التي تدفع بهذا الشعب الى الوثوب نحو العلى تراث ثقافي عظيم وتاريخ مجيد وقد ذكر مؤرخو الغرب المنصفون انه كان للعرب اليد الطولى والفضل الاعم في حفظ العلوم ونقلها وتدوينها واستنباطها والزيادة عليها ، يوم كانت اوروبة تتخبط دياجير الجهل وقد كتب في ذلك الحين احد كبار رجال الغرب في ذلك العصر كتاباً نقله الينا نيكلسون لا يزال نصه محفوظاً حتى الآن ، يتألم فيه من شدة اقبال ابناء الفرنجة آنئذ على درس اللغة العربية ، ليتسنى لهم تعلم العلوم المختلفة في جامعات الاندلس المشهورة كما نشعر الآن بألم يحز نفوسنا لان لغتنا لم تعد

كافية لدرس جميع العلوم ولا بد لنا من درس اللغات الاجنبية ابتغاء تحصيل العلوم .

لقد حمل اجدادنا لواء المدنية وما يقتضي لذلك من عدل وسلام ومنطق وعلم فخدموا الانسانية خدمة لم تستطع الايام محوها رغم ما ذاق هذا الشعب العظيم من انواع المحن والرزايا بعد ان دالت دولته وانطفأ نوره الشرقي .

ويعد الآن زميلنا الدكتور فؤاد غصن من انشط الافراد القائمين بخدمة اللغة والعلم فمجلته معروفة لدى كل طبيب عربي وكتابه الذي نقرظه من خيرة الكتب والمؤلفات التي انتجتها الجهود الفردية وفي ذلك ابحاث تدعمها اختبارات ربع قرن في المحاكم وتدريس خمسة عشر عاماً وسفر متواصل الى الاقطار الغربية والشرقية واتصال بمعظم اساتذة هذا العلم وارباب الاختصاص فيه ودرس افضل المؤلفات في هذا الصدد واحدثها

محتويات الكتاب

مقدمة الدكتور حنا بك خياط وبعض ما جاء فيها

صدر هذا الكتاب بمقدمة نفيسة اقتطفنا بعض ما جاء فيها ثم بمقدمة كتبها الدكتور حنا بك خياط استاذ الطب الشرعي في كليتي الطب والحقوق جاءت تاريخاً للطب الشرعي ومما ذكر فيها ان الاستاذ لاكاساني (Lacassagne) يعزو الى جامعات الغرب وحدها فقط تكامل نمو الطب المدلي واستتباب نظمه على انه يقول لو القينا نظرة انصاف على عالم الشرق الادنى خاصة على

هلاله الخصيب ، في شرقيه وغربيه وضمن حدوده الحاضرة لوجدنا فيه اول موطن للطب العدلي بتعريفه الحديث ولراعتنا حقيقة أمره بانه مهبط التشريع الطبي بحسب مفهومه العصري فشريعة حمورابي التي سبقت النواميس اليونانية والشرائع الرومانية بأحقاب عديدة قد حل الآريون طلاسمها فبرزت نسيجاً انسجمت في لحمته وسداه اهم المساند الطبية والعدلية ، فحق لشعوب الفراتين ان تفاخر بكونها اول مبعث لأحكام العدل ، فسطعت انواره في مشارق الارض ومغاربها وان شرائعها المثبتة على الطاباق لم تقوَ عليها صروف الدهر فهي اسان ناطق في متاحف الغرب حيث توسدت مكانتها الممتازة وان شاءت الاقدار ان لا يرجع اليها للفصل في مثل هذه الظروف .

اما قول اساتذة الغرب بان الطب العدلي لم يكتمل كيانه ولم توطد قواعده الا في اوائل الجيل السادس عشر فقط وعلى الأسس التي وضعها اساتذة جامعات ليون ومونبليه والبندقية وقرطبة بعد الحكم العربي فهو قول فيه بعض الزيغان عن الحقيقة .

او لم يكن العرب اساتذة في الجامعات المذكورة فان اسماء اساتذة العرب في مونبليه تصدر مدخل هذا المعهد القديم في الباطن كما انهم مدنوا مدينة ليون وتذكرني كلمات الدكتور حنا بك خياط بما اطلعت عليه في رحلتي الاخيرة الى اوروبة حيث كنت بصحبة الاستاذ موريل (Morel) احد اساتذة الجامعة في ليون ومما قاله بينما كنا نجتاز جسراً يوصل الى الكنيسة المطلة على ليون ها هو الجسر الذي اجتازه العرب يوم حملوا لنا لواء المدنية والعلم ثم

دخلنا الكنيسة فاذا فيها لوحة ناطقة عن استيطان العرب تلك المنطقة ونشر مدنيتهم فيها .

ومن العدل ايضاً ان ينصف عباقرة الشرق العربي وممن تولوا عمادة دار الحكمة في عاصمة العباسيين واساتذتها في بغداد كحنين والشيخ ابن سينا والرازي وما دونوه في بطون اسفارهم، تلك الاسفار التي كانت حتى اواسط الجيل الخامس عشر المحور الوحيد للدراسة الطبية في المعاهد الغربية والمستند الامين لحل اعوص القضايا الطبية العدلية .

هذا واكمالاً لهذا البحث التاريخي، والاحرى، انصافاً لعصامية الشرق العربي وتذكيراً لقوم يجهلون ان المباديء الطبية العدلية لم تكن موضوع اهتمام الافراد والجماعات فحسب ، بل نصت عليهـا التوراة واعقبها القرآن الكريم فأمر باتباع احكام سامية لها مساس بكثير من قضايا الطب العدلي . فما اورده الاساتذة الغربيون عن تكامل الطب العدلي في اواخر الجيل السادس عشر لا جدال فيه غير انه لم يتوطد الا على الاسس التي ابتكرتها ورسمتها قرائح السامية والعربية واقامت صرحها عبقرياتها في مختلف الاجيال وقبل ان تتناولها ايدي الغرب وان انفردت بها كما راق لها

تلك نبذ من المقدمة النفيسة التي كتبها الدكتور حنا بك خياط لتكون مقدمة للكتاب المذكور

مآخذ الكتاب

استقى المؤلف ابحاث الكتاب من مناهل عديدة وقد اعتمد على احدث ما طبع من الكتب واضاف الى ذلك اختباراته العديدة

ابحاث الكتاب

تناول جميع ابحاث الطب الشرعي المعروفة وقد سعى في بحث الجرائم الى جعل الابحاث موافقة بقدر الامكان لما هو معروف ومنصوص عنه في شرائع البلاد العربية جمعاء وذلك اتماماً للفائدة وخدمة لجميع الناطقين بالضاد ونعم ما عمل. وقد استوفت بحوث الكتاب كل شاردة وواردة فلم تهمل شيئاً وبدت كاملة متناسقة ومرتبة

لغة الكتاب

اما لغة الكتاب فما منا معشر الاطباء من يجهل تفاني المؤلف في خدمة لغة العلم فلا غرو والحالة هذه في ان يوفي هذه الناحية حقها من عناية غير اننا نستميح المؤلف العذر بابداء الملاحظة الآتية فقد رأينا انه لم يلجأ الى استعمال بعض الكلمات التي اقرها في مجلته ومعجمه ولعل سبب ذلك رغبته في جعل لغة الكتاب قريبة المأخذ يستطيع فهمها كل من قرأها وكان باستطاعته ان يجمع بين الغرضين فيما لو وضع الكلمة بين هلالين .

محاسن الكتاب

كثيرة ولا نكون مغالين اذا قلنا انه قد كتب لكل ناطق بالضاد مثقف فليست فائدته خاصة بالاطباء وحدهم بل يجد فيه المحامون ضالتهم والقضاة مستنداً لهم والكيميائيون ومتخصصو السموم ابحاثاً تلذ لهم والاحيائيون

كثيراً من البحوث التي لها مساس باختصاصهم وتستهوي جمله اللغويين لطلاوة اسلوبه وجميل مصطلحاته ويجد فيه المؤرخون نبذاً من التاريخ حرية بالذكر

هذا واننا لا نستطيع في هذا التقريظ ذكر جميع محاسن الكتاب فانها اكثر من ان تعد فالكتاب درة نفيسة وجوهرة ثمينة ترصع بها الخزانة العربية يرى فيه المطالع كيف قلب صفحاته آثار عالم فاضل اخلص للعلم واللغة حنكه الاختبار وملأ حب العلم واللغة جوانبه واستهوى فؤاده نور الشرق لذلك كان جديراً بكل عربي شغلت العروبة فؤاده ان يحتفظ في فؤاد مكتبته بنسخة من كتاب الاستاذ فؤاد اكثر الله من امثاله

شوكت موفق الشطي

❀❀❀

الجزء ٦ المجلد ١٣

مجلة المعهد الطبي العربي

دمشق في كانون الاول سنة ١٩٣٨ م ـ الموافق لشوال سنة ١٣٥ هـ .

الجمعية الطبية الجراحية بدمشق

جلسة الثلثاء ٨ تشرين الثاني سنة ١٩٣٨

تليت فيها التقارير التالية :

١ — العلماء ترابو ومريدن وصلاح الدين سبح — البرداء اللاحرورية : أتي بمريض مسبوتاً وبلا حمى فتبين من تحليل دمه ان بولته ٣,٢٠ غم . فعولج المعالجة المألوفة فأفاق ولم تعلُ حرارته بيدَ انه قبل ان يصاب بالسبات اعترته نوب بردائية نموذجية مع حمى ولكنه بعد السبات وفي اثنائه لم ترتفع حرارته على الرغم من الحيوانات الدموية في دمه. أفسبب غيبة الحمى استبالة الدم (urémie) كما يشاهد في ذات الرئة في الشيوخ او في نهاية التموجات الحرورية لداء المتمعجات اليرقاني ؟

المناقشة : العلماء حسني سبح ، مريدن ، شابو ، حكيم

٢ً — العلمان شابو وميشل خوري — حادثة كسر في الفك العلوي ردّ بالاجهزة

هو كسر في الفك العلوي الايسر بضربة سيف وفي القطعـة المكسورة اسنان منذ الناب حتى الرحى الثالثة . وهذه القطعة متحركة ومنخفضة زهاء سنتمتر وجميع الاسنان فقدت حسها الامر الدال على اصابة شعب الفكي العلوي جرب الرد بالطرق العادية فلم تجد نفعاً فصنع جهاز فيه لوحة حنكية مؤلفة من قطعتين متصلتين قابلتي الابتعاد والاقتراب بمحويات فردّ الكسر به رداً متقناً .

المناقشة : العلماء جمال نصار ، شابو ، ميشل خوري

٣ً — العليم اسعد الحكيم — نتيجة المعالجة بالكرديازول في سبعة حوادث انجذاب :

ثلاثة مرضى منهم تمكنوا من العودة الى الحياة الاجتماعية بعد ٧ — ٨ حقن كرديازول وريدية قوام كل منها خمسة سنتمترات مكعبة وبعد ان احدثت كل حقنة نوبةً نظيرة الصرع في المريض مع ان المعالجات الاخرى بالصدمة كانت قد خابت فيهم

المناقشة : العلماء : مريدن ، حكيم ، سبح م . خ .

❀❀❀

البرداء اللاحرورية

للعلماء ترابو وعزة مريدن وصلاح الدين سبح

ما عاش احد منا بضع سنوات في بلاد برداثية الا وكان يفاجأ بوجود حيوانات الدم في دماء اشخاص لم تظهر فيهم نوب حرورية توجه الافكار الى البرداء ، وكلنا نعلم حالة الكثيرين الذين يرتادون البلاد الحارة ولا تعتريهم فيها نوب حرورية ثم تصيبهم النوبة الاولى التي قد تكون خطرة احياناً عند مايغادرونها الى مدنهم . وهو أمر يستدعي التساؤل والاستغراب ؟ يظهر ان اسباب فقدان الحرارة كثيرة في سياق برداء صريحة ، وقد كان احدناعزا الأمر في العسكريين الى الكينين الواقي الذي كان يستر غالباً برداء حقيقة يكشفها المخبر ، وينسب بعض المؤلفين ذلك الى الاعتياد في اشخاص تعرضوا لتلقيحات عديدة ، اما في مشاهدتنا فيظهر ان الاسباب ذات آلية اخرى .

المدعو حسين بن ابراهيم من جسر بنات يعقوب وعمره ٣٨ سنة دخل المستشفى العام في ٢٩ ايلول سنة ٣٨ مسبوتاً ، ولدى فحصه كان شاحب اللون لسانه وسخ ، وملتحمتاه شاحبتان وفي طرفيه السفليين وذمة بيضاء ، وقد ظنناه مصاباً بسبات الاستبالة (urémie) فقصدناه وحقنا جلده بليتر من المصل السكري ، فخف السبات تدريجاً وزال في اليوم الثالث . غير ان حالته العامة لم تتحسن ولم تستقر على حال ، طحاله مقروع على امتداد

خمس اصابع ، كبده ضخمة تجوز حافة الاضلاع ، والمريض مصاب بغثيان دائم ، ويشتكي الاماً في معدته واسهالاً ، فحص بوله فكان فيه كثير من بولات الصودا وحماضات الكلس، ولم يكن فيه سكر ولا آحين ولاخلون وكشف فحص الدم عن كثير من الاقاسيم المنجلية ، وعن ثلاثة غرامات وعشرين سانتغراماً من البولةفي ليتر من المصل، اما الضغط الشرياني فكان دون الحالة الوسطى . وقد عرفنا بعد خروج المريض من سباته انه كانقد أصيب بدوار وغثيان اجبراه على ترك العمل منذ عدةسنين وبنوبةسكتية الشكل أرغمته على التزام الفراش خلال اربعين يوماً واصيب بعدها بنوب برداء نموذجية مع نوافض وحرارة تدل بكل تأكيد على اصابته بالبرداء وقد قضى المريض في المستشفى عهداً كان دمه في خلاله غنياً بالمصورات الدموية ومع ذلك فلم يصب بأقل ارتفاع حروري يسترعي النظر

. . . .

ان فقدان الحرارة في مشاهدتنا قد ينسب الى الشكل الجليدي البردائي المعروف ، ولكن السبب في هذا الشكل تعطيل المراكز المنظمة للحرارة في قاعدة الدماغ بذيفان بردائي لا نشك في وجوده ولكننا لا نزال محتاجين الى بيان حقيقته ، ويكون السبات الذي بدا في مريضنا عندئذ معادلاً لنوبة البرداء السباتية ، مع ان معالجة المريض بالفصادة وبحقن المصل السكري اعني معالجة الاستبالة قد أدت الى هجوع الاعراض قبل المباشرة بالمعالجة السكينية الشديدة التي استعملت بعد فحص الدم . ويمكن ان تعلل الآلية في حادثتنا بشكل آخر : فان بولة الدم الكبيرة ٣ غرامات و٢٠ سانتغراماً في مريضنا

الشاب قد عطلت ، لا شك المراكز الحرورية ومهدت السبيل الى السبات ، وهو ما يشبه انخفاض الحرارة او عدم ارتفاعها في الشيوخ المصابين بانحباس البولة في الدم في سياق اصابتهم بذات الرئة ، واذا تذكرنا مشاهدات صديقنا الاستاذ دولافرن عن اليرقانات التي تعلو الحرارة فيها في البدء ثم تنخفض بعدئذ رأينا ان نهاية الاهتزازات الحرورية توافق اشد هجمة من هجمات الاستبالة ، وهذا ما يحملنا على عزو فقدان الحرارة في مريضنا الى استبالة الدم وتنبيه الافكار الى معايرة بولة الدم في كل مريض مصاب بالبرداء اللاحرورية .

المناقشة :

العليم حسني سبح : لا اشاطر زملائي ما ذهبوا اليه بشأن هذا المريض فاذا كان مصاباً باستبالة الدم (urémie) ، وهذا لا شك فيه ، فانني لا اقرّ باصابته بالشكل اللاحروري من البرداء ، اذ لو صحت هذه التسمية لكان في الدم اقاسيم الحيوانات الدموية المدارية لا الامشاج (gamètes) لان هذه مطردة الظهور في الدم في فترات نوب الحمى وفي البرداء المزمنة

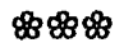
ولست ارى حاجة بعد ذلك الى تعليل غيبة الحرارة في هذا المسبوت ، باستبالة الدم . فأننا كثيراً ما نشاهد ازدياد البولة في اثناء نوب البرداء بدون اختلال الارتكاس الحروري

العليم مريدن : ان غايتنا من هذه المشاهدة لفت الانظار الى ضرورة معايرة البولة الدموية في كل مريض مصاب بالبرداء ولم ترتفع حرارته واننا نقر باشكال البرداء اللاحرورية ولكننا نعتقد ان بولة الدم العالية ٣،٢٠ غم قد

افضت الى تعطيل المراكز العصبية المنظمة للحرارة فيحسن بالطبيب معايرة البولة في مثل هولاء المرضى .

العليم شابو : كان يحسن ان تسمى المشاهدة : حادث سبات استبالة مع حيوانات دموية في الدم .

العليم اسعد الحكيم : رأيت مريضاً مصاباً بالسبات البرداني مع حرارة وكانت البولة في دمه ١,٢٠ غم ثم مات بالسبات الاستبالي (urémique)



حادثة كسر الفك العلوي

للعليمين شابو وميشل خوري

دخل قسم الجراحة بالمستشفى العسكري في دمشق بتاريخ ٦ اب سنة ٩٣٨ الجندي خ . مصاباً بكسر في الجانب الايسر من فكه الاعلى .

الآفة : لدى استجواب المريض اجاب انه اصيب بضربة سيف في اثناء شجار ليلي نشب بينه وبين احد رفاقه الجنود فجرح في الناحيتين الوجنية والصدغية اليسريين جرحاً بلغ طوله ٥ سنتمترات متجهاً من الامام الى الوراء ومن الاسفل الى الاعلى. وقد صحبت الجرح وذمة على الخد والصدغ وكدمة على العين اليسرى . ولدى فحص الفم وجدناه مصاباً بكسر تام في عظم الفك الاعلى الايسر ، وخط الكسر ممتد من الرباعية الى الحد الخلفي لعظم الفك . اما القطعة العظمية التي تحمل الاسنان من الناب الى الرحى الاخيرة فمتحركة هابطة الى الاسفل مقدار سنتمتر واحد ومنحرفة الى الانسي مقدار سنتمتر ايضاً . فتعذر اطباق الاسنان اطباقاً طبيعياً . واما على الحنك فنشاهد بشكل جلاء ان خط الكسر يمتد من الامام الى الوراء على مسافة نصف سنتمتر من الخط المتوسط (وليس في غشاء الفم المخاطي اذا استثنينا تفرق اتصال في بطانة الفم الا تمزق طفيف بين الرباعية والناب) ولدى الفحص الشعاعي وجد ان الكسر يتناول ايضاً العظم الوجني والقوس العذارية .

والاسنان جميعها في نصف القوس العلوية اليسرى خالية من الحس الطبيعي مما يدل على انقطاع جميع الفروع السنية لعصب الفك الاعلى .

سير المداواة : بعد اجراء المداواة الجراحية العادية اندمل جرح الوجه بسرعة اما الكسر الذي نحن بصدده فلم يمكن رده آنياً لتعذر ذلك ولشدة الالم الذي احدثه الضغط فضلًا عن ان ذلك لم يكن مرغوباً فيه لما قد يترتب عليه من العواقب . ولذلك فضلنا الطريقة البطيئة في تبعيد القطعة العظمية باستعمال شكل معدل لصفيحة روبين المستعملة في تقويم الاسنان . وهذا الجهاز مصنوع من المطاط المصلب ويتألف من صفيحة حنكية مزدوجة يتصل قسماها بلولب مزدوج ومجهزة بمزلج لحفظ القطعتين من الحركة . فابتعدت القطعة بصورة تدريجية بالضغط الجانبي الذي حدث من ادارة اللولب يومياً. وضعنا هذا الجهاز في مكانه بتاريخ ١٢ آب وازلناه في ١٨ منه اي بعد وضعه بستة ايام فرجعت في خلالها القطعة واسنانها الى مكانها في السطح العمودي مقابل اسنان الفك السفلي . ولرفع القطعة الى الاعلى ثبت الفكان معاً على اثر ذلك بالربط الاعتيادية المصنوعة من سلك معدني. واجرينا رباطين في كل جانب بالمحافظة على اطباق الاسنان كما هي في الحالة الطبيعية .

وفي ٢٢ آب شاهدنا ازدياداً في حركة الرباعية والناب عند ابتداء خط الكسر وتكون منطقة التهاب عظم متقيح حول جذري هاتين السنين . واما الانتان فاما ان يكون قد دخل من التمزق اللثوي الذي سبقت الاشارة اليه او انه حصل لشدة الضربة التي احدثت حالة تفتت في الناحية . فقلعت هاتان السنان على الفور لاجتناب ما قد يحدث من الاختلاطات ، على

ان التقيح استمر مدة ١٠ ايام بعد التلع ولم يزل تماماً الا بعد خروج ٣ شظايا صغيرة .

وفي ٢٠ ايلول تم انجبار الكسر فرفعت الربط هذا مع العلم انه في اثناء مدة المداواة وصفت للمريض الحمية اللبنية واشير عليه بحفظ صحة فمه حفظاً تاماً فضلاً عن اجراء غسولات ومس متوال بالادوية المطهرة العادية .

وفحصت الاسنان للمرة الاخيرة فوجد ان فئة الارحاء استعادت حسها الطبيعي مما يدل على ترمم الشعب السنية الخلفية . اما الثنية وفئة الضواحك فظلت خالية من الحس. ولدى ثقبها وجدت الثنية ميتة ، اما الضاحكتان فوجد دوران الدم في لبهما طبيعياً فاستؤصلت ألباب هذه الاسنان وحشيت وفقاً للقواعد المتبعة . فيظهر من ذلك انه في جروح الوجه والفكين لا يدل غياب حس سن او فئة اسنان على موتها اذ ان الدوران قد يعود الى حالته الطبعية ويبقى الحس مفقوداً

النتيجة : ما تقدم انما هو وصف مختصر لحادثة كسر وبيان المراحل المختلفة التي استعملت في معالجتها. وكما يلاحظ فان هذا الكسر الحادث في زمن السلم شبيه بالكسور الحادثة في زمن الحرب . وقد اشار ريشيه في مؤلفه عن جروح الوجه والفكين الى ندرة حالة كهذه من الوجهة السنية اذ ان الكسر الذي نحن بصدده حدث بضربة سلاح ابيض في حين ان اكثرة الكسور في الفك الاعلى تحدث بالقذائف المختلفة في زمن الحرب . ولذلك فان هذا الكسر يستحق ان يوضع في صنف مستقل عن سواه من اصناف الكسور

اما من الوجهة السريرية فان هذا الكسر يتصف بانحراف القطعة

العظمية بتأثير ضربة شديدة دفعتها نحو خط الحنك المتوسط . ومعروف ان الانحراف نادر جداً في كسور الفك العلوي وكثير الحدوث في كسور الفك السفلي .

وظاهر ان طبيعة الآفة التي وصفت على النحو المتقدم اوحت الينا الطريقة التي اتبعناها في المعالجة . وقد رأينا ان التثبيت الآني بالربط متعذر لابتعاد القطعة عن مكانها وصعوبة ارجاعها بالضغط الآني . ولم يمكن للسبب نفسه استعمال القوس المعدنية التي يوضع في الجانب الدهليزي والمعروفة بقوس بونت . ولم يكن بالمستطاع استعمال احدى الجبائر المعروفة بالميازيب والمصنوعة اما من المعدن المصبوب او من المطاط المصلب . فوجب في هذه الحالة تبعيد القطعة جانبياً ودفعها الى الاعلى ولا يمكن ذلك الا باستعمال الجهاز الذي وصفته لكم فاتى استعماله بالنتيجة المرغوب فيها

المناقشة

العليم جمال نصار : اسأل الزميلين عما اذا كان الألم سبب عدم الرد او احدى التابين

العليم ميشل خوري : بل كان تبدل قطع الكسر فقط ولم يلجأ الى الرد العنيف خشية تخريش الجيب الفكي

العليم جمال نصار : ان الرد البطيء اشد تخريشاً للجيب ولست اشارك الزميلين في هذا الطرز من المعالجة بل كنت افضل لو خدر المريض تخديراً عاماً ورد كسره مباشرة

العليم شابو : بعد ان جربت الرد ولم انجح لجأت الى العليم ميشل خوري

لصنع هذا الجهاز

العليم جمال نصار : هل خدرت المريض قبل محاولتك الرد ؟

العليم شابو : لا

❀ ❀ ❀

نتيجة مداواة سبعة حوادث انجذاب

(او تبدد النفس) في مستشفى ابن سينا بالكاردیازول

للعليم اسعد الحكيم طبيب مستشفى ابن سينا بدمشق

اخذت بمعالجة حالات الانجذاب بالكاردیازول في مستشفى ابن سينا منذ ستة اشهر وقد رأيت ان اعرض عليكم خلاصة مشاهدات سبعة مرضى ممن عولجوا والذين ما زالوا يعالجون بهذه الطريقة .

المشاهدة الاولى : خليل ٣٨ سنة . تبدد نفسي . بدأ الاختلال من اربع سنوات . دخل المستشفى في ٥ نيسان سنة ٩٣٧ : افكار تظلمية وتأثيرية غير مطردة ، قلق ، نوب احتداد نفساني مع تغير خلقي ، تأويل هذياني ، عربدة، وراثة مرضية نفسية : والده كان مصاباً بالسوداء

المداوة السابقة : سولفوزين . بلا جدوى

المداولة بالكاردیازول : ١٠ حقن بدون فائدة .

المشاهـدة الثانية : ي ح . ١٢ سنة . نفاس انجـذابي . بدء الاختلال ٢ تموز سنـة ٩٣٧ عقب سقوط بالفحص . دخوله في ١ كانون الثاني سنة ٩٣٧ : افـكار هذيانية تصوفية غير متناسقة . شرود في الجبال . يكره أبويه ، عدم المبالاة اهمال النفس . تهيج عارض .

المداواة السابقة : سولفوزين ، نوكلينات الصودا : بلا جدوى .

المداواة بالـكاردیازول : ٨ حقن . بدأ التحسن غب الحقنـة الثالثة واستطرد الى ان خرج من المستشفى في ١٥ تموز سنة ٩٣٨ بحالة الشفاء .

المشاهـدة الثالثة : عبد القادر . ٣٧ سنة . تبدد نفسي من اربع سنوات، سبق له ان عولج في المستشفى وخرج بحالة التحسن في ١٥ كانون الاول سنة ٩٣٥ . دخوله الثاني في ٤ مارت سنة ٩٣٧ : افـكار هذيانية مبهمة اضطهادية عدم انتظام السلوك ، اهلاس سمعية وعضوية : المرضون يسلطون عليه الـكهرباء ، تعد ، يتـكلم لوحده مع امرأة يصمها بالخيانة ويتوعدها بالقتل .

المداواة السابقة : خراج اصطناعي، سولفوزين ، بلا جدوى .

« بالـكاردیازول: ٨ حقن ، تحسن تام ظاهري، على وشك الخروج .

المشاهـدة الرابعة : هـ . ب ، ٣٥ سنة ، بدء الاختـلال منذ ٩ اشهر عقب فقد زوجته وولده الوحيد ، دخوله في ٨ ايلول سنة ٩٣٨ خمود ، بكم ، حذر، وضع هلسي، عدم مبالاة ، امتناع عن الطعام احياناً ، اجوبة بالاشارة ميل للانفراد .

المداواة بالـكاردیازول : ٦ حقن . بدأ يتـكلم بعد الثالثة ، خرج بحالة الشفاء في ١١ تشرين الاول سنة ٩٣٨ .

المشاهـدة الخامسة : فاطمة ، ٢٥ سنة ، وراثةمرضية نفسية ، الجد والعم وابن العم مصابون باختلالات نفسية . بدء الاختلال منذ سنة ونصف ، دخوله في ٨ مارت سنة ٩٣٨، نفاس تبددي ، سلوك مرحي ، شبق ، افكار تظلمية ، تقلب المزاج عدم المبالاة ، تدي .

المداواة السابقة : سولفوزين ، انسولين بلا جدوى .

« بالكاردیازول : ٨ حقن تحسن مدة اسبوع ثم نكس .

المشاهـدة السادسة : ذكية ، ٣٦ سنة ، عته باكر منـذ ٥ سنوات ، الدخول : ٣ نيسان سنة ٩٣٦ تهيج عارض ، تصنع ، اجوبة غير مطابقة للاسئلة ، ضحك بلا سبب ، حركات شاذة ، عدم الاكتراث .

المداواة السابقة : خراج اصطناعي . سولفوزين . بلا جدوى .

« بالانسولين ثم بالكاردیازول : لم تأت بفائدة .

المشاهـدة السابعة : عبد الحميـد ، ٣٨ سنة ، نفـاس تبددي ، بدء الاختلال منـذ ٨ اشهر الدخول في ٢٦ حزيران سنة ٩٣٨ . نشاط مرحي . افكار هذيانية تصوفيـة غير مطردة، ترتب . يتكلم لوحده ، اضطراب عارض .

المداواة : خراج صنعي وسولفوزين بلا فائدة .

كاردیازول : ٧ حقن . تحسن واضح عقب الحقنة الرابعة . خروج بحالة الشفاء في ٣ تشرين الاول سنة ٩٣٨ .

ان هذه المشاهدات على قلتها لا تخلو من فائدة من حيث نتائج معالجـة حالات الانجذاب بالكاردیازول .

فان ثلاثة من هؤلاء المرضى السبعة عادوا الى حياتهم الاجتماعية غب مداواة قصيرة لا تتعدى الشهر ، وواحداً على وشك الخروج بحالة التحسن. وواحدة تحسنت أسبوعاً ثم انتكست ، ومما يلاحظ ان بدء المرض في الحالات المتحسنة لم يجز السنة والنصف . بينا بدؤه في الحالات التي لم تتحسن يرجع الى ما قبل ذلك (سنة ونصف وثلاث سنوات واربع) هذا واننا لم نصادف اي حادث سيء اثناء استعمال هذه الطريقة اللهم الا خلع الفك الاسفل مرة واحدة . مما يدل على عدم خطرها عندما تراعى جميع التحفظات التي يتطلبها استعمالها وتتوفر جميع الشروط الصحية في المريض .

المناقشة :

العليم حسني سبح : ما هي الكمية التي استعملتها وماهي كيفية الاستعمال؟

العليم اسعد الحكيم : قد استعملت خمسة سم٣ حقناً في الوريد فكان المريض يصاب بنوبة صرعية الشكل . ان هذه المعالجة لا تختلف عن معالجة الصدمة بالانسولين وقد استعملت بعد ان لوحظ ان المصروعين لا يصابون بالانجذاب .

العليم عزة مريدن : أيأتي الانجذاب نوباً ؟ اني اذكر ان احد المرضى الذين جاء ذكرهم في مشاهدات الزميل الحكيم كان قد دخل المستشفى العام وعولج فيه بالانسولين وتركه بعد ان تحسنت حالته كثيراً .

العليم اسعد الحكيم : ان هذه الحالة تتخللها هجمات وهذا المريض الذي

تعنيه كان حين دخوله شديد النقمة على ابويه ولا يرغب في ان يراهما وقد طلب بعد المعالجة ان يراهما واعتذر اليهما عما بدر منه .

الحكيم عزة مريدن : ألم تتعدوا خمسة سم٣ من الكردايازول في معالجتكم

الحكيم اسعد الحكيم : اجل قد استعملت حتى ٨ سم٣ ولا سيما في الحقن الاخيرة لان خمسة سم٣ لا تعود كافية لاحداث النوبة الصرعية .

❀❀❀

مطالعات و مشاهدات

عن الجراحة الاقتصادية في الامراض النسائية

(١)

بقلم العلم وجيه نجا
المعاون في شعبة الجراحة في معهد دمشق سابقاً والمعاون في
شعبة الجراحة النسائية في باريس حالياً

كنا نتوسم في الدكتور نجا منذ ان
التحق بشعبة الجراحة في معهدنا الميل
الى البحث والتنقيب والرغبة في اغناء
لغة الضاد بعلوم الغرب وقد تحقق ظننا
واذا به يتحفنا اليوم بهذا البحث القيم
الذي ننشره له شاكرين
(رئاسة التحرير)

لا يقدم النسائيون في ايامنا الحاضرة على التوسط الجراحي في امراض الرحم والملحقات الا بعد ان يستنفدوا كل الوسائل الدوائية جميعها . فان الراحة والتلقيح والتبريد والحرارة النافذة والاشعة ذات الموجات القصيرة والتدوية الكهربية (électro-coagulation) ، عوامل مؤثرة تشفي العدد العديد من المريضات ، فيستعدن حياتهن العادية .

وقد تحسن حال المريضة وتزول آلامها الممضة ولكن الشفاء لا يكون تاماً اذ يبدو فيها اضطراب وظيفي هام يهدد الوحدة العيلية بالتفكك ويقضي على رغد عيش الزوجين . وهذا الاضطراب هو العقم ، فتندفع المريضة الى استشارة طبيبها لانقاذها (١)

ومتى وقفنا امام المريضة متسائلين عما نستطيع ان نعمله لانقاذها ، كان علينا ان نراعي مركزها الاجتماعي ، فاذا كانت من الطبقة الميسورة سعينا الى تبريد الآفة ولو اضطررنا الى مداواة طويلة ولجأنا الى المداواة الحرورية باشكالها المختلفة ، وهذه المداواة لا يغفل عنها جراح نسائي يحترم نفسه في اوربة . اما اذا كانت المريضة من الطبقة الفقيرة وكانت مضطرة الى العمل لتعيش فالجراحة هي خير ما يعمد اليه . (٢)

واذا ما تقررت العملية ، بعد ان يرضى بها وجدان النسائي وتخضع لها المريضة ، يبحث الجراح عن طريقة يخدم بها المريضة فيجد امامه اثنتين :

١ — التوسط التام (intervention radicale)

٢ — التوسط الاقتصادي (intervention conservatrice)

ان الطريقة الاولى هي القديمة ، ونحن نعلم انها تعود الى لاوسون تاي

---

(١) من الاطروحة التي احضرها تحت اشراف الاستاذ بيير موكو استاذ الجراحة النسائية في جامعة باريس

(٢) يصح هذا في اوربة حيث تعمل المرأة في الغالب لتعيل نفسها. اما عندنا حيث تعيش المرأة في جنة « بحسب تعبير سيدة فرنسية حدثتها عن معيشة المرأة السورية » فالعاملات قليلات وتقل الاستطبابات الجراحية بالنتيجة

(Lawson-Tait) الذي فتح البطن في السنة ١٨٧٢ واستأصل النفيرين والمبيضين وابقى على الرحم . وفي السنة ١٨٨٧ اجرى بيان اول استئصال رحم وملحقاتها بطريق المهبل وفي السنة ١٨٩٣ حقق بولك عملية استئصال الرحم والملحقات بطريق البطن .

لا يعدم انصار التوسط التام وسائل للجدل فيقولون مثلاً « تأتي مريضاتنا مستشيرات لانهن يتألمن، ويطلبن منا وضع حد لآلامهن ليتمكن من حياة اجتماعيـة عادية فالخصي التام وحده يوفر لهن الراحة الدائمة بضربة صائبة ويضمهن في حرز منيع من النكس والتوسطات التالية »

فعلى الرغم من هذه الكلمات الجميلة وهذه الحجج الشعرية فقولهم منقوض لان « هذه الضربة الصائبة » لا توفر للمريضات الراحة الدائمة بـل تنزعهن من براثن ألم يعتقدن انهن سيتخلصن منه بمعاونة طبيب حاذق ، وتدفع بهن الى آلام لا مناص لهن منها ، آلام روحية تبعث اليأس في قلوبهن من الحياة كنساء عاديات ، وآلام عضوية تقف امامها المداواة عاجزة .

وللسن شأنها ، فان النسائي مهما كان اقتصادياً ووجد امام مريضة قد بلغت سن الضهى او كادت يقدم على الخصي التام لان ما بقي لهذه المرأة من النشاط التناسلي لا يستحق العناية . واما متى عرضت له مريضة فتية فانه يبذل اقصى جهده للمحافظة على جهازها التناسلي الذي هو محور حياتها .

«٢»

لماذا يجب على الجراح النسائي ان يكون اقتصادياً

كيف تطورت الجراحة وبلغت درجة التوفير والاقتصاد : لقد كان مقياس

مهارة الجراح السرعة ، وفي سبيل السرعة كان لا يستعمل المشرط فحسب ، بل كان يستعين باصابعه لاقتلاع الاقسام المأوفة . وحالما تصبح هذه الاقسام على المنضدة تنتهي العملية بين اعجاب الناظرين وخيلاء الجراح . فلاحظ اساتذة الجراحة الصدمة الرضية فاخذوا يلقنون معاونيهم الجراحة اللطيفة التي تبتعد عن القلع والجرّ وتحسن الارقاء التام والتصفيق « péritonisation » وبدأوا بعدئذٍ يشاهدون الاضطرابات الشديدة بعد الخصي التام ففكروا في الاقتصاد واجرى موريس اول طعم مبيضي في السنة ١٨٩٥ ، واستمرت الجراحة الاقتصادية تتقدم آناً وتتراجع آخر حتى السنة ١٩٢٦ حينما قدم استاذنا موكو وزميله روفيل تقريرهما الى المؤتمر الجراحي فبلغت فكرة الاقتصاد أوج مجدها . هذه كلمة عجلى اوردتها لأُظهر تاريخ هذا التطور الجليل ، والآن اعود الى التساؤل ، لماذا على التسأني ان يكون مقتصداً ؟

ليست اضطرابات انقطاع الطمث الجراحي لغواً لا قيمة له وانا سأذكرها باختصار هنا .

١ — الاضطرابات العصبية : ـ انها من الاضطرابات الثابتة في المخصيات لجميع المبضوعات يلاحظن انهن شديدات التأثر ، وسريعات الغضب وميالات الى السوداء (mélancolie) ، وقد تشتد هذه الاضطرابات فتصبح تهيجاً يصحبه هذيان . وقد شوهد ذلك في شعبة الاستاذ مور في مستشفى سان لويس . وعرف من سوابق المريضة انها كانت عصبية المزاج . وتشعر المبضوعة الفتية ان حياتها اصبحت بلا هدف فينشأ فيها ميل الى الانتحار .

٢ — اضطرابات الدوران :

أ — هبات الحرارة : وهي من التظاهرات الثابتة . تتصف بحس حروري يبدأ بالوجه ويمتد الى العنق واعلى الصدر يرافقه احمرار ودوار ، وتستمر النوبة بضع لحظات وتنتهي بعرق غزير موضعي او عام .

ب — الشقيقة . . . وقد تكون مستعصية على المداواة .

ج — الدوار

د — ازدياد الضغط : يذكر بايارد وكوت ان ازدياد الضغط يبدو بعد العملية بثلاثة اشهر ويكون اولاً في الحد الاصغر ثم في الحد الاكبر ويستعصي على المداواة .

٣ — اضطرابات التطور (métabolisme)

أ ـ يلاحظ في المبضوعات ميل الى البدانة

ب ـ يقل فيهن النشاطان العضوي والعقلي فيشعرن بالتعب بسرعة وتضعف ذاكرتهن فينسين الحوادث الجديدة .

٤ — النشاط التناسلي: يشاهد في المبضوعات الفتيات قلة الميل التناسلي ولا يرى هذا العارض في المسنات والسبب في ذلك هو قيام الغدد ذات الافراز الداخلي بعمل المعاوضة . وسنتكلم عن المعاوضة وسبب اضمحلالها في الفتيات مع انها تبدو واضحة في المسنات .

الاسباب : لا يشك احد اليوم في ان هذه الاضطرابات تنشأ من استئصال المبيضين .

ولكن هذه الاضطرابات ليست ثابتة ثبوتاً مطلقاً وقد تغيب بحسب بعض الاحصاءات في ٢٠ ./· من الحوادث. وقد عمل كثيرون على تعليل هذا

فقال بجل (Beigele) ان السبب وجود مبيض ثالث واثبت ذلك باحصاء دقيق ، فقد فتح (٥٠٠ جثة امرأة ووجد في ٢٣ منها مبيضاً ثالثاً)

وقال آخرون ان السبب هو بقاء قطعة من المبيض في اثناء العملية ، وهذا حقيقي ، ويشاهد غالباً في التهابات الملحقات مع التصاقات

ولماذا لا تظهر احياناً هذه الاضطرابات في اللواتي قربن من الضهى ولماذا تقوم بعض الغدد ذات الافراز الداخلي بعملية المعاوضة بينما لا تقوم هذه الغدد بهذا العمل في الفتيات فالجواب عنه لا يحتاج الى كبير عناء ،فان المبيض الذي نستأصله قبيل الضهى يكون ذا نسيج متأهب للموت ،وبما ان هذا الموت بطيء فان الغدد الاخرى ، ويسمي شيكاله منها الغدة النخامية والكظر والغدة الدرقية ، تعتاد القيام بوظيفة المبيض الميت تدريجياً فلا يحم القضاء الا وتكون قد مرنت على القيام بهذا العمل الجليل

اما في الفتيات، فان التوسط الجراحي يتم فجأة ، والمرض يفاجئ المبيض ايضاً فلا تتنبه الغدد التي ذكرناها للقيام بالعمل فيختل التوازن ونرى الاضطرابات الخطرة التي اشرنا اليها

« ٣ »

هل للرحم نصيب في وظيفة المبيض : في المؤتمر الجراحي الاميركي المنعقد في السنة ١٩١٤ أعلن توفيه انه شاهد في عقب استئصال الرحم رغم الاحتفاظ بالمبيضين الاضطرابات نفسها التي تعقب استئصال الرحم والمبيضين

فتنبه الفرانزيون لهذا الامر واخذوا يدرسونه، فقال غرافز (Graves) ان بين المبيض والرحم اشتراكاً غريزياً

وقال زويفل (Zweifel) ان بين بطانة الرحم والمبيض علاقة غريزية متبادلة وخطا بعد ذلك فلنر وفيدروف (Fellner et Federoff) خطوة جريئة فادعيا ان لعضلة الرحم مفرزاً داخلياً، ولكن هذا الادعاء لم يجد ما يؤيده حتى الآن

ثم اخذت الغيرة النسجيين فادلوا دلوهم بين الدلاء فنشر بان وآنسل (Bain et Ancel) وصفاً لخلايا بشرية في عضلة الرحم وقالا ان لهذه الخلايا دور الافراز الداخلي .

واخيراً اجرى سيريو وموراي تجربة جميلة فقد طعما كلبة بطعم مبيضي، وطعما ثانية بطعم اخذاه من ملء عضلة الرحم، وطعما ثالثة بطعمين مبيضي ورحمي، وكانت النتيجة مدهشة، فقد ضمر الطعمان الاولان بسرعة وبقي الثالث المشترك طويلاً .

ولكن هذه التجربة اتت مثبتة لقول الجراحين ومشاهداتهم ولم تلق على القضية ضوءاً جديداً . فقد اعلن الجراحون قبلها ان الرحم والمبيض عضوان يتعاونان وكل عملية تذهب بالمبيض وتبقي على الرحم أو تذهب بهذه وتبقي على ذاك لا تدفع عن المريضة الاضطرابات التي تحاول انقاذها منها.

ولم يستطع احد ان يثبت وجود رسول (هرمون) رحمي، وكل ما نستطيع ان نختم به كلامنا في هذه القضية هو قول استاذنا موكو « مبيض ورحم يؤلفان وحدة داخلية الافراز، وانه من الضروري ان نبقي على الرحم او على جزء منها للاحتفاظ بسلامة المبيض » .

مداواة اضطرابات الضهى الجراحي

جرب الاطباء والجراحون والشعاعيون مكافحة هذه الاضطرابات

فاستعملوا مختلف الوسائل ولست استطيع ان آتي على ذكرها كلها وسأكتفي بالاشارة الى اكثرها استعمالاً .

المداواة بخلاصات الغدد ذات الافراز الداخلي : قد يعجب القارئ ان براون سكوار هو اول من فكر في استعمال عصارة المبيض في السنة ١٨٩٢ ونحن الآن نصف خلاصة المبيض اما بطريق الفم والمقدار اربعة سنتغرامات في اليوم تتناولها المريضة على عشرين يوماً متتابعة او بطريق الحقن ، فنحقنها كل يوم بحبابة فيها خمسة سنتغرامات والمدة ستة ايام متتابعة .

ان النتائج غير ثابتة فكثيراً ما تنمُّ الاعراض عن اضطراب مختلف الغدد ففي السمن الذي يرافقه مع تناذر هبوط الافراز الدرقي نصف ما يلي :

مبيض ٠،١٠ سنتغم
درق ٠،٢٥ مليغرام
لبرشانة واحدة

او اننا نضم الى ذلك خلاصة الغدة النخامية فنصف :

مبيض ٠،١٠ سنتغم
درق ٠،٠٢٥ ملغم
نخامية ٠،٠٠٥ سنتغم

وكثيراً ما تشكو المريضة ضعفاً عاماً يحول دون القيام باعمالها فنعطيها خلاصة الكظر .

مبيض ٠،١٠ سنتغم
كظر ٠،٠٣ »
درق ٠،٠٠٥ »
لبرشانة واحده

ولكن خيبة هذه المداواة كثيرة ، فليجرب الطبيب خلاصة الجسم الاصفر او خلاصة المشيمة ومنذ ستة اعوام ادخل الجرابين (فوليكلولين) في المداواة وقد جرت العادة ان نصفه بطريق الفم ولكن في الحالات الشديدة نشير به حقناً ولا اريد ان اشير الى المقادير وتكرارها لانها تختلف بحسب الحالات التي نواجهها ، وقد اخذ استاذي موكو وصديقي موريكار باستعمال خلاصة الخصية فشاهدنا لها تأثيراً غريباً في اضطرابات الجملة العصبية النباتية وفي الاضطرابات البولية في المبضوعات .

مما لا جدال فيه ان هذه المداواة تحسن حال المريضة ولكنه تحسن ناقص وموقت ولذلك يضطر الطبيب الى اطالة المدة فتيأس المريضة من الشفاء وتفضل الاضطرابات المختلفة على تحمل عناء المداواة الطويلة .

ولا يغفل بعض الممارسين عن المداواة العرضية فيصفون البروموور والفاليريانا والفاردينال وامثالها او يشيرون على المريضة باخذ حمامات حارة على الا تتعدى حرارتها ٣٨° .

ومتى خابت هذه الوسائل الدوائية المختلفة يصبح هدف الجراح الاول في العمليات النسائية الاحتفاظ بالمبيض او بقطعة منه في مقره او التطعيم به مع الاحتفاظ بالرحم او بقطعة منها في مقرها او التطعيم بها ولا يستطيع الجراح في الممارسة اعطاء الحكم المبرم الا بعد فتح البطن ، والحالات التي قد يراها لا تخرج عن واحدة مما يلي :

١ — مقر الآفة الرحم والملحقات سليمة ، والعملية هنا هي استئصال الرحم الناقص والاحتفاظ بالملحقات .

٢ – الآفة في الملحقات والرحم غير مأوفة ، والعلمية هي استئصال الملحقات المأوفة مع الاحتفاظ بالمبيض او بقطعة منه في مقره او التطعيم به .

٣ – الآفة منتشرة من الرحم الى الملحقات .

أ – استئصال الرحم القاعي (hystérectomie fundique) مع الاحتفاظ بالمبيض او قطعة منه في مقره او التطعيم به .

ب – انتشار الآفة في الملحقات ، وخير عملية هنا هي استئصال الرحم الناقص (subtotale) واستئصال الملحقات والتطعيم المبيضي .

هذا ، واقف هنا من البحث فلا ادخل بالقارئ في الطرق العملية لان شرحها يحتاج الى رسوم يتعذر الحصول عليها واراني قد اكثرت من ذكر التطعيم المبيضي ولذلك سأفرد له بحثاً خاصاً في الجزء القادم ان شاء الله .

❀❀❀

التشخيص الباكر في سرطان الثدي

درس قيم القاه على الاطباء الدكتور

د . ش . مونو ، جراح المستشفيات في معهد باريس

ونقله الى العربية الدكتور وجيه نجا

المعاون في شعبة الجراحة النسائية في معهد باريس

مقدمة : الدكتور مونو هو احد كبار الجراحين في معهد باريس وهو صاحب الكرسي الثاني في الشعبة النسائية فهو معاون الاستاذ المحترم بيير موكو وكلاهما من تلاميذ الاستاذ الاكبر دلبه . وانني سعيد جداً ان اتمتع بصداقته فهو يرعاني بتشجيعه ويحوطني بعنايته وقد خصه الله على علمه بما خص به ابناء قومه تواضع في مجلسه ولطف في حديثه ، وسخاء في علمه وتجاربه . ولقد تكلم مرة عن تشخيص سرطان الثدي فأعجبت بمنطقه وتجاربه ووفائه لاساتذته ورجوت منه ان انقل محاضرته للغتنا العربية وان يأذن بنشرها في مجلة المعهد المحترمة فقبل رجائي لطفاً منه وانني ارسلها هدية منه الى معهد دمشق . اه .

ان تشخيص سرطان الثدي باكراً امر صعب ، فالمسؤولية كبرى ، والضلال قد ينتهي بجدع لا حاجة اليه او باستبقاء يكون ينبوعاً لترق سريع ومميت .

والمفهوم انني لا اشير هنا الا الى الحالة في بدئها حيث لا التصاق بالجلد

او بالسطوح المجاورة .

وما يجب ان نعلمه قبل كل شيء هو ان سرطان الثدي يتصف حتى في بدئه بغيبة تحدد الورم ٠ فالانتشار هو العلامة الاكثر تبكيراً والاشد ثباتاً والاعظم أمانة ، ولكن الحس به يتطلب يداً ممارسة ،فمفتاح التشخيص هو في التفسير الصحيح لما يحمله لنا حس اللمس .

وسأبسط الموضوع اولاً بذكر القواعد المدرسية التي وضعها فلبو :
لا تقبض على الثدي عرضاً باصبعين فالثدي حتى السليم يبدي حس ورم لا وجود له ، ورم يتلاشى حينما يجرى الجس تبعاً للطريقة الصحيحة وهي كما يلي :

لتدعم اصابع احدى اليدين محيط الثدي ولتأخذ اصابع اليد الثانية وجهه الامامي دافعة الغدة على الصدر ولتضغط بلطف نواحيها المختلفة .

واضيف هنا انه من المستحسن ان يجرى الفحص والمريضة مستلقية على ظهرها فنقابل الحس الذي نشعر به في الجانبين

ان النوى الليفية الصغيرة في مرض فوكاس(Phocas)والاكياس الصغيرة في مرض ركلو تحس بها اليد كحب الخردق او كرؤوس الدبابيس ٠ وهو عرض بيّني ، وفوق ذلك نحس بها في الثديين معاً لان مرض ركلو في الغالب مزدوج ولا نجد في تشخيصه صعوبة خاصة ، ومع ذلك فقد رأيت في الممارسة نساء فتيات اشير عليهن باستئصال الثديين وكانت الحال مرض ركلو بلا جدال .

اما الصعوبة فتبدأ امام تلك النواة الجسيمة الناشئة من التهابات الثدي

والتي تدعى الاورام الغدية الليفية (adéno-fibromes) او الكيسات. ولهذه الاورام صفتان اساسيتان : لا يبدو بالجس اي التصاق بالجلد ويظهر تحددها واضحاً .

لا شك انه قد يدرك بالجس في عدد كبير من هذه الحالات ذلك التحدد فنحكم بسلامة الورم ولكن رغم ذلك ترانا غير مطمئنين اطمئناناً مطلقاً الا اذا استطعنا ان نقدم البرهان على انه كيسة ، ولتقديم هذا البرهان لا نستطيع ان نعول على الفحص السريري، لان هذه الكيسات متوترة توتراً شديداً فتبدو كأنها كرة حجرية . فالعلامة الاكيدة هي السائل الذي يظهره المبزل . فاذا كان مثبتاً ورأينا في المحقنة سائلاً مصلياً تأكدنا سلامة الورم وطبيعته الكيسية وحق لنا الابتعاد عن العملية .

ومتى كان البزل سلبياً نستنتج ان الحالة ورم صلب فلاثبات سلامته ليس لدينا وسيلة غير الجس الذي يحدثنا عن علاقة الورم بمحيطه . أهو محدد تماماً ؟ الا يوجد اقل ارتشاح في الغدة ؟

ان الحدود بين الورم الغدي الناشئ على نواة التهاب الثدي والسرطان غير واضحة تماماً . ومع ذلك فالتشخيص يرتكز قبل كل شيء وفوق كل شيء على حس اللمس

ثم اننا لا نستطيع استنتاج شيء من غيبة العقد في الحفرة الابطية لان السرطان لحسن الحظ لا يصيب العقد في بدئه ، وعلى العكس ، اذا وجدنا العقد فليس لوجودها اية قيمة في التشخيص ، وانه لخطأ فاحش ان

يرافق وجود العقد عندنا فكرة السرطان فنجتنب تشخيص التهاب الثدي(mamnite)حينما نشعر بالعقد في الحفرة الابطية ، ولذا اعيد القول ان ليس للعقد قيمة تدفعنا الى قبول تشخيص السرطان الامتى رافقتها تلك الصلابة الخشبية وهي وحدها وصفية في السرطان ، وعليه انني اكرر ان السرطان يترقى زمناً طويلاً قبل ان ينتشر انتشاره الوصفي الخبيث .

ان الالتصاق بالجلد علامة باكرة ، انا لا اتكلم عن ذلك الالتصاق الذي يقتحم العيون حالما يعرى الثدي ولكني اتكلم عن الالتصاق الذي لا يظهره الا الفحص الدقيق ولتحري هذه العلامة علمني السيد ولتر الطريقة التالية التي مرن تلاميذه عليها والح على ذكرها بومغارتنر(Baumgartner)في مقالته المدرسية ، وهي : لا تقرص الجلد على الورم بل حرك الورم تحت الجلد دافعاً القسم الذي يجاوره من الغدة ، تر عندئذ ان الورم يتزلق تحت اللحف ويحدث في النقطة التي توافق مركزه انخفاضاً على الجلد بشكل اخدود رقيق او سطح مصقول ، وهذا يشير بلا ريب الى بدء الانتشار التنشؤي. والطريقة المثلى لمشاهدة هذه الملامة هي ان نضع اليد على الصدر تحت الثدي وندفع الغدة كلها الى الاعلى . عند ما تظهر هذه العلامة نتأكد تشخيص السرطان في ٩٩ ./· من الحادثات .

واذا لم تبدُ هذه العلامة فنحن مضطرون ان نعود الى الحس الذي نجنيه بالجس وقد شرح استاذي بيير دلبه في كتابه الجميل طريقة اخرى ملخصاً دروسه وممارسته الطويلة بالعبارات التالية التي احتفظ بنصها تقريباً : « متى جسّ الثدي جيداً وهو مبسوط على مريضة مستلقية وبدا انه يغيب ويتحول

الى حبيبات صغيرة لا تعد كما يتحول الغيم الى مطر ، في هذه الحال لا مجال للشك في سلامة الورم . وتبدأ الصعوبة لدى التصاق حبيبات التهاب الثدي (mammite) التي لا تتفرق ببسط الغدة. وهذه علامة مؤلمة دائماً قد تشير الى تحول التهاب الثدي الى سرطان وان كانت غير ثابتة . »

واحياناً تؤلف الحبيبات غير المتلاصقة صفيحة سطحها محبب وقوامها صلب ولكنها صلابة منتظمة في جميع انحائها .

وتحتفظ هذه الصفيحة بمنتهى المرونة ولكن ليس لها وضوح محيط ورم غدي حقيقي ولا ورم غدي لبني ومع ذلك ليس لها انتشار السرطان .

من المؤكد ان هذه الاشكال صعبة التفسير ولكن يجب ان نعرف كيف نميز بعضها عن البعض الآخر

صفيحة لينة ومنتظمة ، لا يجوز لنا ان نبتر الثدي هنا ، بل علينا ان نتوسط توسطاً موضعياً ونحكم الفحص النسيجي ، صفيحة لينة ولكنها ممتدة ، يجب ان نرتاب في أمرها حتى بعد استئصالها واثبات الفحص النسيجي انها سليمة ، وعلينا ان نبقي المريضة تحت المراقبة القوية فاذا اضاعت الصفيحة مرونتها ، واذا رأينا بقعة منها قد اشتدت قساوتها واذا اصبحت هذه البقعة غير منتظمة ، فاذا رأينا كل ذلك جاز لنا اجراء عملية البتر .

وهنالك قضية التشخيص التفريقي الباكر بين سرطان الثدي والتهابه المزمن ، فاننا اذا حاولنا اليه السبيل لا نبلغ بالفحص السريري ما نصبو اليه .

اذاً لم يبق عندنا الا الفحص النسيجي وقد كان الجراحون منذ زمن بعيد

يلجأون في حالات الشك الى الخزعة . وقد حكم على هذه العملية اليوم انها خطرة ، وفوق ذلك نجد ان الفحص النسيجي لسوء الحظ لا يكفل لنا بالنتيجة الحاسمة ، وعليه فلا خير من الطريقة التي علمني اياها استاذي وصديقي موكو وهي ما يلي :

عملية ذات زمنين ولكن في جلسة واحدة ، في الزمن الاول يعمد الجراح الى رفع الورم المشكوك فيه وهذا الزمن لا يكلفه اكثر من ضربة مشرط ، ونحن نعلم ان منظر السرطان واضح بالعين المجردة ، فمتى كان السرطان اكيداً يغير الجراح قفازيه وآلاته ويجري العملية الكبرى . وهذا هو الزمن الثاني ، اما اذا تلبدت غيوم الشك وسدت عليه منافذ اليقين فعليه ان يرسل خزعة الى المخبر ويؤجل الزمن الثاني بضعة ايام . وهذا نادر الوقوع . ولنذكر دائماً في هذه الحال ان الفحص الايجابي يثبت كل شيء والفحص السلبي لا ينفي اي شيء . وانه لمؤسف حقاً ان نرى دائماً ان بعض المنفيات لا قيمة لها في انذار الورم .

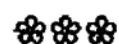
وقبل الختام اود ان اقول كلمة عن السرطان البشري (dendritique) فانه منذ الوقت الذي خصص به ليسان درساً جميلاً ممتازاً نسمع كثيراً ترديد هذه العبارة « ان سيلان الدم من حلمة الثدي ليس له اي قيمة في وضع الانذار » .

علينا اولاً ان نميز السيلانات المدماة وسيلان الدم الخالص . وقد علمتنا التجارب ان كل سيلان دم خالص من حلمة الثدي هو عرض ذو انذار وخيم

واني اريد ان اقبل انه في حالات خاصة وفي ثدي امرأة فتية حينما اشمر

بورم واضح متصف بصفات الكيسة الصغيرة ومحدد تحديداً حسناً وخالٍ من الالتصاقات، ان الحكمة تقضي علينا كما يقول ليسان ان نجري عملية موضعية.

واما متى بلغت امرأة من السن حداً لا يعتبر تضحية الثدي فيه بتراً مؤسفاً ، فسيلان الدم الخالص وحده كافٍ للتضحية بالغدة جميعها.



الكلى وازدياد التوتر الشرياني

ترجمة الطالب السيد شفيق البابا

لا غروَ ان الجدل في علاقة الكلى بازدياد التوتر قديم العهد ، فان انصار الاسباب الكلوية في ازدياد التوتر وخصومها كانوا ولا يزالون في جدال مستمر .

ويظهر لنا الآن ان متابعة البحث في هذا الموضوع لا تكون نتيجتها اغلاق هذا الباب ، غير ان بعض المعلومات الحديثة قد تساعدنا على ان نستخلص من علاقة الكلى بازدياد التوتر نتائج مفيدة في فهم الحوادث وتصنيفها ومعالجتها ، وسنعرض هذه المناسبات بسرعة كما هي اليوم على ان يعود الراغب في التفصيل واستقصاء المصادر الى اطروحة احدنا (ر . ديهوك : الكلى وازدياد التوتر ـ نانسي ١٩٣٨) .

التشريح المرضي : لقد اقتصر هذا الفحص برهة من الزمن على الكلى المستأصلة بعد فتح الجثة فكان يكشف امرين : اولهما آفات كثيرة المصادفة كان ازدياد التوتر فيها ذا شدة ومدة كافيتين ، وهي آفات من نموذج مميز جدير بان يكون لها وصفاً خاصاً ، وثانيهما آفات متشابهة تقريباً كشفت في اشخاص غير مصابين بازدياد التوتر وتصادف في اثناء سير التهابات الكلى الحابسة للآزوت مثلاً .

يستنتج مما تقدم ان الكلى تصاب عادة متى ازداد التوتر غير انه لا يستطاع تعيين ما يعود الى التهاب الكلى او الى ازدياد التوتر نفسه ، فيتعذر

والحالة هذه اقرار علاقة ثابتة تربط التهاب الكلى بازدياد التوتر .

وقد توصل بعضهم (فولهار وفاهر ثم شامبانيه) منذ بضع سنوات خلت بفضل الخزع التشريحية ، الى اثبات اصابة الكلى اصابة مبتسرة في ازدياد التوتر ، وامكن ايضاً وصف اشكال تشريحية خاصة لهذه الاصابة وهي تصلبات سليمة او وخيمة في الاوعية الكلوية تلك الآفات المختلفة عن العلل الكلوية الاخرى ، وهكذا اقر مرض كلوي خاص أسند اليه ازدياد التوتر الشرياني المعروف (بالمنفرد او الحرضي) غير انه مهما كان هذا الفحص التشريحي مبتسراً فهو يظل متأخراً عن ازدياد التوتر الذي لجيء اليه بسببه . فالمسألة لم تتقدم بل بدلت اتجاهها ولم تحل وبقي تعيين الحدود الحقيقية الفاصلة بين ما يعود الى ازدياد التوتر او الى الآفات الكلوية غامضاً .

فيفيد التشريح المرضي اذن ان الكلى في ازدياد التوتر تكون مأوفة في الغالب وآفتها ذات نموذج خاص ، ولكنه يعجز ان يبين لنا ايهما البادىء اهي الكلى او ازدياد التوتر ؟ ومهما كان الامر فان اصابة الكلى في هذا الحادث عنصر اساسي ذو شأن في الانذار والمعالجة .

الاعراض السريرية: يوضح الفحص السريري اذا ما استعان ببعض الاختبارات الغريزية المرضية اصابة الوظائف الكلوية اصابة متباينة ابان ازدياد التوتر ، ونقول الوظائف الكلوية لان السريري يهمه تقصي الوظيفة اكثر من الآفة التشريحية وليس من المحتم سير هذين الامرين جنباً لجنب فالكلية كبقية الاعضاء الاخرى تعاوض معاوضة تساعدها على التغلب على اصابات تشريحية قد تكون بينة ، ولوظيفة العضو في الممارسة المقام الاول .

فهناك ازدياد توتر يرافق العلامات المبتسرة الدالة على اصابة الكلى وهي الالتهابات الكلى الوترة الحادة او المزمنة، وازدياد توتر تصحبه اعراض كلوية تالية اطور من ازدياد ضغط منفرد دائم او اشتدادي من منشأ مختلف او غير معين على الترجيح وهو مرض ازدياد التوتر، واخيراً ازدياد توتر يسير بدون اعراض كلوية وذلك اما لسلامة المرض او لانه لم يبلغ طوره الكلوي ولذا يتحتم تعيين القيمة الوظيفية للكلى في كل مصاب بازدياد التوتر لحشر دائه في احدى الزمر المذكورة، اذ يتوقف على هذه القيمة وضع انذار ازدياد التوتر ومعالجته .

ولكن هذه المعلومات السريرية ايضاً قاصرة عن ان تبين لنا الصلات الامراضية الحقة بين الكلى وازدياد التوتر فاذا امكن ان يعزى الامر في بعض الحالات الى آفة كلوية بينة او يقبل في اخرى وجود ازدياد توتر بدئي فان هناك حالات عديدة يظل معها هذا التمييز عسيراً جداً او مستحيلاً. فالسريريات قبل ان تتوصل الى البت في مسألة الامراض تشير الى ان البحث في اسباب ازدياد التوتر وانذاره ومعالجته يجب ان يحوم حول الكلى فازدياد التوتر الذي ترافقه آفة كلوية وازدياده المستقل عن هذه الآفة - ويقصد من ذلك الوظيفة الكلوية فقط — يجب ان يحشر كل منهما في جانب اذ لكل منهما انذار خاص ومعالجة ذات استطبابات متباينة .

الدراسة التجربية : في الآونة الحاضرة طرق عديدة تمكن المختبرين في الحيوانات من زيادة التوتر مدة مديدة وهي اما ان تكون بعيدة عن الكلى (اطلاق « défrénation » حصار دماغي ، كثرة الحيوينات ،

قصور الدرق) او تؤثر فيها مباشرة (الانضغاط وفاقة الدم في الكلى) ، والمجال متسع لنقد التشابه او التماثل المفروض وجوده بين ازدياد التوتر التجربي وازدياده العفوي المشاهد في المرضى ولكنا لا نعير ذلك اهتماماً هنا

تفضي جميع هذه التجارب اذا ما كانت شديدة واستمرت مدة كافية الى آفات واضطرابات وظيفية كلوية،وقد يتلافى نقص ازدياد التوتر الحاصل بطريق الاخلاط في عقب توسطات تجرى على الكلى او تلو الحقن بدم مأخوذ من حيوانات اجريت عليها هذه التوسطات. فهذه المشاهدات عميمة الفائدة لما نحن في صدده ، فهي توضح لنا اشياء عديدة ، منها ان كل ازدياد في توتر الدم يؤثر في الكلى على ان يكون شديداً ومديداً،وان التوصل الى ذلك ممكن بالتأثير المقصود ويقوم هذا باحداث فاقة دم في الكلى،ويستطاع اجتناب ازدياد التوتر او تخفيف وطأته بتضاد ذلك اي باحداث توسع وعائي ، وان احداث التوتر الشديد او اجتنابه وانقاصه امور يتسنى نقلها بطريق الاخلاط

فالتجارب تثبت لنا استناداً الى الحوادث الناجمة عن شروط متشابهة ومتماثلة بين ازدياد التوتر التجربي والمرضي ، ان الكلى تتفاعل في كل ازدياد توتر شديد ومستمر ، وان باستطاعتها احداث ازدياد في التوتر ، وان التوسطات التي تفضي الى توسع اوعية الكلى تجتنب او تخفف شدة هذه الزيادة،فهذه المعلومات تتلاءم مع المعلومات السريرية والتشريحية المرضية ولكنها تتخطاها في نقاط عديدة وتساعد على ايضاح الروابط الغريزية المرضية للمناسبات الكائنة بين الكلى وازدياد التوتر ، وتعد اخيراً سنداً ثميناً في اقرار المعالجة

دراسة الغريزة المرضية : من الثابت ان الكلى تعد امراً اساسياً في تنظيم

توتر الدم الذي يعد ازدياد التوتر احد انحرافاته المرضية ، وشأن الوظيفة الـكلوية هذا يجبر الشروط الدورانية العامة على التوافق مع شروط الدوران الكلوي ، فاذا ما استبطنت عثرة الـكلى ادت ولا شك الى ارتفاع توتر الدم للتغلب عليها وهي فكرة السد (barrage) الـكلوي الدرسية الذي هو مصدر ازدياد التوتر ، تلك الفكرة التي ظلت صحيحة بمجموعها .

اما المعلومات التجربية الحديثة فهي خير ما يساعد على فهم هذه الحالات وذلك بايجاد انقباض وعائي في الـكلى يتوصل به بعد تأثيره في هذه الاعضاء الى رفع التوتر ويستطاع اجراء ذلك ايضاً بطريق الانعكاس او الاخلاط بنقل هذه الخاصة بعد الحقن بدم حيوان مصاب بازدياد التوتر ففي هذه الشروط تتنبه الجملة الموترة العامة ، ويقع على النقيض باحداث توسع وعائي في باطن الـكلى وفي الشروط نفسها ارتكاس (réaction) معاكس ،فالعائقة الـكلوية حقيقة لا مرية فيها غير انها ليست آلية بحتة بل ينجم الامر عن فعل انعكاسي وخلطي في وقت واحد وبواسطته يتسنى للـكلى زيادة التوتر .

وتستخلص من هذه التعاليم التجربية نتيجة اخرى اهم مما سبقها وهي ان الـكلى في كل ازدياد توتر تتفاعل فتزيد في شدته ايضاً وبذا نقع في دائرة مفرغة لا مناص منها . وينقص نزع الاعصاب الـكلوية عادة ازدياد التوتر اياً كان منشأه ومنه يستنتج ان الكلى لم تظل في معزل عن هذا الازدياد بل انها تفاعلت تجاهه ويظهر انه يستحسن تعليل ذلك بما يلي :

ان الـكبة ذاك العضو الضعيف تقي نفسها في ازدياد التوتر الذي يهدد كيانها بتشنج يغلق اوعيتها في وجه الدم الوارد بضغط شديد (وهناك

وسائل دفاع مشابهة ترى في نواح اخرى وعصبية بوجه خاص) غير ان هذا التشنج عينه يكون مصدراً لازدياد جديد في التوتر كما اسلفنا، وهكذا فان ازدياد التوتر يقبض الاوعية المستبطنة للكلى ويزيد هذا الانقباض بدوره التوتر شدة وهكذا دواليك . . .

وسرعان ما تلاحظ نتائج هذه الحوادث اذا ما كانت ذات شدة كافية ومدة وافية ، فيستفحل الداء ويشتد سيره وتظهر افات تشريحية واضطرابات مرضية . فالفائدة القصوى تجنى بتحطيم هذه الدائرة المفرغة بتوسطات تفضي بعد توسيعها الاوعية المستبطنة للكلى الى خفض التوتر العام .

فالكلى تزيد التوتر بفعل انعكاسي عصبي وخلطي تتعلق اسبابه بانقباض الاوعية المستبطنة لها وكل ازدياد في التوتر يؤثر في الكلى باحداثه انقباض اوعية الكبة ذلك ما يقي هذا العضو من ازدياد التوتر وهو نفسه سبب هذه الزيادة وهكذا تتكون دائرة مفرغة خطرة . وقد تكون نتيجتها استمرار التوتر وظهور الآفات والاضطرابات الكلوية ، ويفضي توسع الاوعية المستبطنة للكلى على النقيض الى هبوط التوتر ويتسنى له معاكسة هذه الدائرة المرضية المفرغة

ان الكلى التي هي السبب المباشر في بعض انواع ازدياد التوتر تصاب تقريباً في جميع الحالات واليها يعزى ازمان المرض واشتداد خطره ، فدور الكلى من ناحية الغريزة المرضية كما من الوجهات السريرية والتشريحية المرضية والتجريبية دور راجح بين اسباب ازدياد التوتر، وليس هذا الازدياد دائماً بالحادثة المعاوضة او الملائمة التي يقتضي احترامها اذ يبدو على الضد في

بعض الاحوال ان لم يكن في جميعها كظاهرة مرضية حقيقية خليقة بان تكون مصدراً لنتائج وخيمة تحسن مقاومتها بسلاحها نفسه .

المداواة : يعلل لنا دور الـكلى الهام وجوب العناية بها في المصابين بازدياد التوتر بما يلائم من الاغذية والعلاجات وفي ذلك تعاليم درسية حديثة، ويوضح لنا دورها الغريزي المرضي المقصود او المعتنف امكان تحسن ازدياد التوتر بعد تحسين وظيفة الـكلية ولو لم تـكن الـكلى سببه المباشر، وهو يبين ايضاً سبب ترجيح التوسطات الكلوية من خزع المحفظة وقطع الاعصاب بين وسائط المداواة المتداولة في الجراحة لمعالجة فرط التوتر عدا الاستطبابات الخاصة المختلفة .

ويظهر لنا ان لهذه التوسطات التي لا نسهب فيها الآن المحسنات التالية : بساطة العمل وسلامة نتائجه ، ومن مساوئها وجوب اجرائها في الجانبين على السواء وظهور محسناتها المذكورة كلما بكر فيها اي في حين لا يشعر المريض فيه بعلته ولا يقر بضرورتها فيعسر عليه جداً التسليم بها .

ان تأثير هذا التوسطات في وظائف الـكلية نفسها او مقياس تحسن هذه الوظائف ،امر لا تزال الجدل فيه على اشده غير ان هذا التحسن مقبول وعلى الاقل في بعض اشكال من العلل الكلوية. اما تأثيرها الخاص فهو في الدائرة المفرغة المزيدة في التوتر فتفضي الى اختفاء احد عناصرها الا وهو انقباض اوعية الـكلى ومنه انخفاض التوتر العام ولو لم يكن من اصل كلوي صريح .

وهي تساعد اخيراً على الاستقصاء في النواحي الـكظرية مع ان الآفات الكظرية التي تؤدي الى ازدياد التوتر كالاورام مثلاً نادرة جداً ولـكنها موجودة ويستحيل كشفها غالباً بدون هذا الاستقصاء المقصود، ويحق بهذا

فقط ترجيح هذا النوع من التوسطات التي تفوق محسناتها الطرق الاخرى .

والتجربة التي اتينا على ذكرها في صلب البحث بسيطة يمكن للمتقصي ان يرى في الاطروحة المنوه عنها ما يتعلق بها من البراهين ونذكر هنا فقط ما يهمنا من هذه النتائج وهو سكون او خفة الاعراض الوظيفية حتى اختفائها من دوار وا لام واضطرابات وعائية حركية مختلفة وغيرها ا كثر من هبوط التوتر العام القليل الذي لا يلبث الا مدة من الزمن ثم يصعد مترقياً بعد هبوط مباشر في عقب البضع . فارتفاع الضغط ليس هو كل شيء في ازدياد التوتر اذ يظل غالباً حفياً تحجبه اعراض وظيفية صاخبة قد تكون في عرف المصاب المرض كله فلا يمكن الا ان يشعر باختفاء هذه الاعراض .

ان المعالجة الجراحية الكلوية المضادة لازدياد التوتر ذات محسنات جلية فهي عدا خفضها التوتر الشرياني خفضاً نهائياً تساعد على متابعة العمل ، فالكلى يجب ان تعد سواء أمن جهة المعالجة او غيرها في مقدمة اسباب ازدياد التوتر فالاعمال الحديثة تؤيد دور الكلى في هذا الشأن .

والكلى قد تحدث ازدياد التوتر ثم تتأثر منه فتتفاعل ضده بزيادته ايضاً فكل ازدياد في التوتر مديد ذي شدة كافية ترافقه اضطرابات وظيفية وآفات كلوية ٠ وعلى الفحص السريري ان يبين القيمة الوظيفية في كل مصاب بازدياد التوتر لان الانذار مرتبط بها ، وتكفل المعالجة بتأثيرها في الكلى تحسن هذا الازدياد تحسناً محسوساً فهي ان لم تنقصه نقصاً ملموساً افضت على الاقل الى اختفاء الاعراض التي تزيد في وخامته والظواهر التي يشتكيها المصاب ،ولذا يترتب على السريري ان يعتبر ازدياد التوتر من وظائف الكلى . (لنجرون، ودهوك)

المعالجة الذهبية في الربو القصبي

ازالة تحسس البدن الذاتي بمركبات تحت الكبريتيت

ترجمة الطالب السيد شفيق البابا

ان النتائج الباهرة التي احرزها (دودن) اذ عالج الربو القصبي بالكريزلين ايدتها اعمال كثير من المؤلفين ويجب ان نثبت الى جانب هذه الاعمال التي لخصتها اطروحة (سكارموتين) ما قام به (تومسيك وسكالاك ولاسينا وصبحي) مما افضى الى نتائج شبيهة بما تقدمها

ولقد عالجنا نحن بدورنا منذ السنة ١٩٣٣ من الربو القصبي (٣٥) حالة كانت نوبها نموذجية بيّنة فكان النجاح في (٢٧) منها اكيداً ومديداً ، وعادت النوب الى الظهور في خمس بصورة متباعدة ونادرة اما في الحالات الثلاث الاخرى فكانت الخيبة محققة . ثم جربنا المعالجة ايضاً في (١٩) مريضاً مصابين باعراض تصلبات ليفية رئوية وربو خفي بتحت كبريتيت الصودا والذهب المضاعفة بعد ان اثبت الفحص في الجميع وجود الايوزينيات في القشع وكشفها في الدم ايضاً في (٤٠ ./.) من الحالات ، فكان النجاح باهراً في تسعة منهم بعد سلسلة الحقن الاولى في ست حادثات بلغ مجموع الذهب فيها (٠،١٦) غ ، وفي خمس حادثات بعد تكرار المعالجة بفاصلة ثلاثة او اربعة اشهر ، وكان التحسن بيناً في ثلاث اخرى واخفقت المعالجة في الآخرين .

غير ان الغاية من البحث ليس ما ذكر بل انا نحاول هنـا ان نجيب عن السؤال التالي : ما هي آلية تأثير هذه المداواة ؟

ان ما حالفنا من النجاح في تجاربنا السريرية تجلى في حالات ثبت فيهـا فرط التحسس نحو مولدة تجاوب (allergène) خارجية وهذا ما دعانا الى التعمق والتقصي في طرز فعل مركبات تحت الكبريتيت في حالات التأق واخصها تحت كبريتيت الصودا والذهب المضاعفة . ولما لم نجد في سلسلة التجارب الاولى التي اجريت على القبعات (cobayes) فرقاً اساسياً بين تحت كبريتيت الصودا البسيطة وتحت كبريتيت الصودا والذهب المضاعفة من حيث تأثيرهما المضاد للصدمة ، غلب على الظن ان فعل مركبات تحت الكبريتيت يقوم بما فيها من الكبريت وان اثر الشاردة الذهبية ثانوي كما سنعود الى تمحيص ذلك فيما بعد ، ولم يقيض لنا ان نعلل تأثير تحت كبريتيت الصودا والذهب المضاعفة في المداواة وخاصة في الربو القصبي بفعلها في تضاد الصدمة فقط اذ ان هذا الفعل في الجسم التئق قصير الامد لا يعدو ما يستلزم دورانها في الجسد من الزمن ، واتضح هذا في التجارب السريرية حينما استخدمنا مركبات تحت الكبريتيت في معالجة الربو كعلاج مضاد للصدمة . وثبت ذلك ايضاً بالتجارب على القبعات ، فاذا ما تم انطراح هذه المركبات بعد (٤ — ٨) ساعات من الحقن بها اضمحل اثرها المضاد للصدمة وتفاعل الحيوان بصدمة شديدة حين ولوج مولدة التجاوب مرة ثانية ، وهذا على الضد من فعل تحت كبريتيت الصودا والذهب المضاعفـة في الربو اذ كان تأثيرها مديداً ، وما يلاحظ من العوارض الموقتة لا يلبث ان يختفي

تلو قطع المعالجة .

ولهذا كله صرفنا اهتمامنا الى عامل آخر لهشأنه في ازالة التحسس في حالات التأق الا وهو مولدة التجاوب الطبيعية نفسها التي كما يظهر لنا لم تعر التفاتاً عند البحث في طرز تأثير مركبات تحت الكبريتيت في الربو القصبي ، فالتجارب التي اجريت لهذه الغاية على الحيوانات اثبتت امكان ازالة التحسس ازالة موقتة فيما لو ادخلت مولدة التجاوب بمقادير متتالية تبعا لطريقة (بسردكا) وان الاجسام الاخرى سواء اكانت من اشباه البلور او اشباه الغراء تزيل هذا التحسس لمدة اقصر كما برهنا على ذلك في تجاربنا ومنها يتبين ايضاً ان اطالة زمن ازالة التحسس ممكنة بحسب طريقة بسردكا لو ادخلت الى البدن مقادير جديدة من مولدة التجاوب قبل اختفاء تلك الخاصة . وهكذا يمكن تمديد ازالة التحسس حتى يتلاشى فرط التحسس السابق من نفسه كما بينت التجارب في الحيوانات الشاهدة .

ولقد تم لنا في سلسلة تجارب اخرى ان نضم فعل تحت الكبريتيت الى طريقة بسردكا في ازالة التحسس فبدلاً من اعطاء الحيوان مقادير متقاربة من مولدة الضد يحقن بالمقدار العام دفعة واحدة على ان يمزج مع تحت الكبريتيت فتفقد الصدمة وتكون ازالة التحسس اطول امداً مما في طريقة بسردكا وقد قامت هذه التجارب على فئات ثلاث من القبعات كانت محسسة كما هي العادة بحقن جلدها بمقدار (٠،١) سم٣ من مصل الانسان .

فكانت ازالة التحسس في السلسلة الاولى بحسب طريقة بسردكا النموذجية بعد حقن كل قبعة بمقدار (١)، سم٣ من المصل تحت الجلد ويحقن لها بعد ساعة من

الزمن (٤) سم٣ عن طريق الصفاق (باريطون) . فامكن لهذه الحيوانات بعد ان زال تحسسها ان تحتمل بعد مضي عشرة الى اربعة عشر يوماً المقدار المحدث للصدمة عادة وهو (٠،٣) وازيل تحسس الفئة الثانية على الطريقة نفسها مع بعض الاختلاف اذ كان يمزج المصل بتحت كبريتيت الصودا بنسبة ($\frac{١}{١٠٠}$) . وحقنت كل قبعة من الفئة الثالثة بمقدار (٥) سم٣ من المصل ممزوجة مع تحت كبريتيت الصود ايضاً بنسبة ($\frac{١٠}{١٠٠}$) عن طريق الصفاق دفعة واحدة . وبعد اليوم العاشر اتضح ان حيوانات الفئات الثلاث تحتمل مقدار (٠٠٣) من المصل البشري ذاك ما يحدث الصدمة المميتة في الحيوانات المحسسة ، وكذا فانا نعتقد انه باستطاعتنا ان نبرهن على امكان استبدال طريقة بسردكا - التي يلجأ اليها في ازالة التحسس بالمقادير المتقاربة — بمقدار كبير من مولدة الضد اذا ما مزجت بتحت كبريتيت الصودا لنصل الى النتيجة عينها .

فاذا ما وعينا هذه المعلومات التجريبية تسنى لنا ان نفهم طرز فعل مركبات تحت الكبريتيت واثرها في الربو القصبي ، فيلاحظ ان المصاب بالربو يبدي اذا ما كان في شروط تساعد على نفوذ مولدة التجاوب في زمن تمارس فيه معالجته بمركبات تحت الكبريتيت ، شروطاً تماثل ما يرى في التجارب على الحيوان فيما اذا ازيل تحسسه بحسب طريقة بسردكا المعدلة باعطاء مركبات تحت الكبريتيت . ويمكن لنا ان نحقق هذه الشروط اذا ما عالجنا المصاب في وسط غني بمولدة التجاوب اي حيث يصاب بنوب الربو الشديدة ، ونوفر بهذه الطريقة على انفسنا مشقة البحث عبثاً في ايجاد مولدة التجاوب

ونطمئن الى نفوذها للبدن بالطرق التي يتحسس منها . فباعطائنا مركبات تحت الكبريتيت - ويرجح منها عملياً تحت كبريتيت الصودا والذهب المضاعفة للاسباب الآتي ذكرها — نزيل التحسس ازالة موقتة بفعل هذا العلاج المضاد للصدمة غير ان ذلك يمسي مستمراً بولوج مولدة التجاوب المتمادي والمديد الى الجسم بصورة تخلق فيه شروطاً تشبه ما وقع في التجارب على الحيوان المنوه عنها سابقاً .

ولقد اعددنا لتحقيق صحة هذا المدعى تجارب سريرية في شروط ملائمة فاذا صح رأينا تحتم اخفاق المعالجة بتحت كبريتيت الصود اوالذهب المضاعفة اذا ما اجريت في وسط خلو من مولدات التجاوب التي تحسس نحوها جسم المريض ، بينما يكون حليفها النجاح في آخر يشتمل على مولدة الضد الموافقة وتوفقنا في تهيئة مثل هذه التجارب السريرية على حالات اربع سنذكر بالتالي مختصراً عنها :

المشاهدة الاولى :السيدة (ا . س .) كانت تقطن بلدة (ب) حتى السنة ١٩٣٣ وفي شهر آب من السنة نفسها بدلت سكنها واستوطنت قرية (ك) وهي تبعد عن الاولى زهاء (٣٠) ك م ، ولم تلبث حتى اعترتها عقب ذلك نوب ربو خفيفة في البدء ثم اخذت تشتد فكانت تنتابها مرتين او ثلاث مرات في الاسبوع ، ولاحظت انها تنجو من النوب اذا ما عادت الى مسكنها الاول في (ب) غير ان النوب تعود الى الظهور حين رجوعها الى (ك) وفي شهر شباط من السنة ١٩٣٤ استشارت احدنا ووضعت نفسها رهن التجربة التي رسمت لها فمكثت في (ب) اربعة اسابيع برئت خلالها من نوب الربو

بينما كانت تعالج طيلة هذه المدة بحقن وريدهـا بتحت كبريتيت الصودا والذهب المضاعفة وبلغ مجموع ذلك ثماني حقن قوام الاولى منها (٠٫٠٠١) غ من الذهب في المركب المذكور ثم زيد حتى بلغ (٠٫٠٠٨) غ. وفي شهر آذار عادت المريضة الى (ك) فاعترتها في الاسبوع الاول من وصولها ثلاث نوب شديدة. وفي الحادي عشر من الشهر المذكور عادت الى استشارتنا فنظم لها اذ ذاك الشطر الثاني من المعالجة بصورة انها كانت تركب القطار كل يوم من (ك) الى (ب) وتعود منها توا الى (ك) بعد حقن وريدها بتحت كبريتيت الصودا والذهب المضاعفة وهكذا كانت المريضة طيلة الدور الثاني من المعالجة معرضة لفعل مولدة الضد، وبلغ عـدد الحقن في الاسابيع الاولى الست كانت مقادير الذهب فيها كما يلي : (٠٫٠٠١، ٠٫٠٠٢، ٠٫٠٠٤، ٠٫٠٠٦، ٠٫٠٠٧، ٠٫٠٠٨) واصيبت في الايام العشرة الاولى بثلاث نوب اخف مما سلف غير انها نوب ربو واضحة، ثم تلاشى منذ ذاك اثر النوب مطلقاً بالرغم من قطع المعالجة بعد الحقن الست ولم تعد تظهر (استمرت مراقبتها حتى شهر نيسان ١٩٣٨).

المشاهدة الثانيه : السيد (م — ب) عمره ٤٤ سنة اصيب في الثلاثين من عمره اذ كان يقطن في منزل والديه في بلدة (ب) بنوب ربو ليلية، يتخلص منها تماماً اذا ما عاد الى (ن) حيث كان مدرساً في معهد للزراعة، واشير عليه منذ سنتين في (ن) بالمعالجة بتحت كبريتيت الصود والذهب المضاعفة اذ تغيب عنه النوب التي كانت تعتريه كلما عاد الى (ب). فكررت معالجته في اثناء اقامته الطويلة في (ب) فانقطع دابر النوب منذ ذاك الحين حتى في اثناء اقامته المكررة في (ب).

ويتضح اثر وجود مولدات التجاوب ابان المعالجة بتحت كبريتيت الصودا والذهب المضاعفة بسرد المشاهدتين التاليتين لنوب ربو مصدرها تحسس البدن نحو مولدات ضد متعددة .

المشاهدة الثالثة : السيدة (ج — ه) معلمة في السابعة والاربعين من عمرها شرعت تنتابها في السنين السبع الاخيرة نوب الربو كلما اضطجعت على وسادة محشوة ريشاً او اقتربت من الغبار الصاعد من كنس غرفتها وقد تخلصت من هذه النوب لانها اعتادت تجنب تلك العوامل المسببة .

واحكمت التجربة السريرية بصورة مماثلة للتجارب السالفة ، فاجري للمريضة اعتباراً من (٢٧) ايلول حتى (١٣) تشرين الاول ١٩٣٤ اذ كانت في معزل عن العوامل المؤذية ، خمس حقن وريدية من كبريتيت الصودا والذهب المضاعفة بالمقادير المعلومة . وفي مساء ١٥ تشرين الاول وضعت المريضة في سريرها وسادة الريش وثابرت منذ ذاك على الاضطجاع عليها فاصيبت في ليلة (١٥ ــ ١٦) بنوب شديدة فحقن لها في اليوم (١٦) مقدار (٠,٠١) من الذهب من المركب المعلوم فكان ان اصابتها في الليلة التالية نوبة اشد مما سبقها واستراحت من الحقن في اليوم التالي فاصيبت في تلك الليلة بنوبة مخففة وحقنت في اليوم (١٨) بمقدار (٠٠٢) فكان نصيبها في الليلة نفسها ايضاً نوبة خفيفة جداً وبعدها اختفت النوب تماماً وثوبر على حقنها ثلاث مرات اخرى بالمقادير التالية ٠٠٠٣ ، ٠٠٠٤ ، ٠,٠٠٥ .

وفي اليوم الثالث من شهر تشرين الثاني ١٩٣٤ اتممنا التجربة فجعلت

المريضة بتماس العامل الثاني الذي كانت تحس بحوه اي غبار كنس منزلها، فاعتادت السيدة منذ ذاك الحين ان تكنس غرفتها بنفسها وتفرغ كيس مستنشقة الغبار بنفسها ايضاً ، فظهرت تلو التجربة الاولى في الثالث من الشهر نوبة شديدة جداً لحقنت في الرابع بمقدار (٠،٠٠٤) من الذهب، واعتباراً من ذاك التاريخ وعلى الرغم من تعرض المريضة يومياً لكل من العاملين المذكورين تخلصت تماماً من نوب الربو ، غير انها حقنت في الشهر نفسه ايضاً بثلاث حقن من تحت كبريتيت الصودا والذهب المضاعفة كان الذهب فيها تبعاً للمقادير التالية (٠،٠٠٥ ، ٠،٠٠٦ ، ٠،٠٠٧) ثم قطعت المعالجة بعدها ، واستمرت مراقبتها حتى شهر ايلول من السنة ١٩٣٦ اذ تبين انها كانت في حرز من نوب الربو طيلة هذه المدة

المشاهدة الرابعة : السيدة (ك . ب .) وعمرها (٥٢) سنة تقطن قرية مجاورة لـ (ب) كانت تصاب بنوب الربو منذ امد طويل وذلك في كل عام عند قدوم فصل الربيع بفواصل متتالية توافق وجود اغبرة الطلع في الهواء ، ولما استشارتنا في الخريف عالجناها في اشهر شتاء (١٩٣٤ ـ ١٩٣٥) بسلسلة مؤلفة من ثماني حقن بتحت كبريتيت الصودا والذهب المضاعفة ، غير ان النوب لم تلبث ان ظهرت في ربيع (١٩٣٥) اذ تفتحت الازهار الاولى باشد مما في السنين السابقة واختفت بعد الحقنة الثالثة، ولكن عادت فظهرت حين ازدهار الاشجار المثمرة وانقطعت بعد حقنتين بينما كانت تترى في السنين السابقة طيلة فصل هذا الازدهار ، وعادت النوب مجدداً بعد اسابيع اربعة حينما بدأت سنابل القمح بالظهور ، فاجري للمريضة حقنتان اخريتان فلم

يبدُ لها أثر منذ ذاك التاريخ طيلة الفصل المذكور ، وبعد ثلاث حقن من تحت كبريتيت الصودا والذهب المضاعفة اختفت النوب تماماً بدون معالجة اخرى على الرغم من تعرض المريضة الدائم للعوامل المؤذية لها واستمرت هذه الحال حتى ربيع ١٩٣٨ .

يستنتج من هذه المشاهدات التي لم يتسنَّ لنا الاكثار منها انه يشترط لنجاح المعالجة بتحت كبريتيت الصودا والذهب المضاعفة وجود مولدة التجاوب في الوسط طيلة مدة المعالجة ، وتحققنا في من عالجناه بهذه الطريقة من المرضى قاعدة وهي ان على المريض ألا يبتعد عن الوسط الذي يخيل اليه انه مؤذٍ له

والآن نطرح السؤال التالي : ما هو شأن الذهب والكبريت في معالجة الربو بتحت الكبريتيت متى وجد تحسس باطن او ظاهر ؟ يتضح شأن الشاردة الذهبية في حالات التأق في المشاهدات السريرية من الربو القصبي التي يكون فرط التحسس فيها موضعاً اكثر من التجارب في الحيوان حيث نكون اذ ذاك تجاه فرط تحسس عام . وقد لاحظنا منذ شرعنا في المداواة التجربية شدة تأثير تحت كبريتيت الذهب والصودا المضاعفة بالنسبة الى تحت كبريتيت الصودا البسيطة او تحت كبريتيت الصودا والفضة المضاعفة التي لا يكاد يذكر فعلها كما بينا ذلك في بحث سابق ، ويلاحظ هذا التفاوت ايضاً حتى في المريض الواحد اذا ما عولج على التوالي بمختلف مركبات تحت الكبريتيت .

ولقد اوجدنا لتحقيق رجحان تحت كبريتيت الصودا والذهب المضاعفه في معالجة الربو سلسلة جديدة من المشاهدات مؤلفة من اربعة مرضى في

الاشهر كانون الثاني وشباط وآذار من السنة ١٩٣٥ .

عولج هؤلاء المرضى فى الاسابيع الاربعة الاولى بحقنهم مرة في كل يومين بمقدار (١ — ٥) سم٣ من محلول من كبريتيت الصودا نسبته(٢٠/١٠٠) وهذا ما يعادل كمية تحت الكبريتيت الموجودة في المحلول الذي استعملناه من تحت كبريتيت الصودا والذهب المضاعفة فلم يكن لها اي تأثير في المرضى الاربعة ، ثم اعطوا في الاسابيع الاربعة التالية وبالصورة نفسها مقادير كبيرة من تحت كبريتيت الصودا في ثماني حقن (في كل منها ١٠سم٣) فلم يفد ذلك مطلقاً في ثلاثة منهم، وفي الرابع اختفت نوب الربو بعد الحقنة الثالثة واستمر ذلك حتى الآن . وتلاشت نوب الربو في الثلاثة الآخرين بعد الحقنة الثانية والرابعة والسادسة من تحت كبريتيت الصود والذهب المضاعفة تلو السلسلة الاولى وبحسب الطريقة المتقدمة .

كيف نعلل رجحان المحضرات الحاوية على الذهب ؟ ان اختلاف تأثير مركبات تحت الكبريتيت في تضاد الصدمة بحسب طبيعة الشارد (Kation)امر معلوم ، فقد برهن (ا . لومير) انه في (المنغنز Mg) اشد بخمس مرات مما في (الصوديوم Na) ، غير اننا نولي في معالجة الربو شأناً كبيراً لعامل آخر وهو تأثير مختلف الشوارد في استقلاب مركبات تحت الكبريتيت وتوزعها في البدن وتثبتها وتراكمها في الاعضاء المختلفة ، فالذهب كما نعلم يتثبت بحسب رأي (ارلوانغ ودفور) في الرئتين ومن هذا يتضح رجحانه في معالجة الربو غير اننا لا نريد ان ننسب الى هذا فقط ذاك التأثير الشديد ، اذ هي مسائل معقدة يتعذر تعليلها بآلية واحدة.

ويستحيل في الوقت الحاضر ايضاح اثر تحت الكبريتيت في حالات التأق واخصها الربو القصبي اكثر مما تقدم ، وما نستطيع ان نراه ونلمسه في التأق هو الصدمة ونوبة الربو ولا ننس ان هـذه الحالات ليست الا نهاية لسلسلة من اعمال متباينة تتتابع وتنمو في الاخلاط والنسج ، ويمكننا ان نتبين من مجموع هذه التغيرات ازدياد اللزوجة وتكون الندف(الترسبات) كما اوضحه (لومير) ونفرض ان هذه الاعمال المجهولة - التي يدل عليهـا فقط تبدل اللزوجة والتوازن الغروي - تؤدي الى تبدلات متشابهة في خلايا الجملة الشبكية المضرعة مع انطلاق مواد تشبه الهيستامين تقريباً وان تنبه الجهاز العصبي وعوارض الصدمة ليست الا نتيجة تلك التبدلات السابقة الوثيقة الصلة بالمصورة وخلايا الجملة الشبكية المضرعة .

ونحن نجهل ايضاً في اي دور من الادوار يكون تأثير مركبات تحت الكبريتيت ، وجل ما نعلمه ان استعمالها واجب قبل الدور الذي تنتهي اليـه جميع هذه التبدلات الصميمية لتحدث الصدمة ، فيمكن ان يفرض ان الشاردة الذهبية تزيد وتقوي فعل مركبات تحت الكبريتيت من هذه الجهة

تبين لنا ان هذه المعالجة سجلت لنفسها نجاحاً في (٢٠ — ٣٠ ٪) من الحالات حتى في اشخاص تحسست اجسادهم نحو مولدة ضد خارجية ، ولم نوفق لـكشف اسباب الخيبة غير ان املنا في الاعمال المقبلة القائمة على دراسة طرق ازالة التحسس بحسب طريقة بسردكا والتي نرى انهـا مفتاح هذه المعضلة ستقودنا الى النجاح بمعالجة الربو بمركبات تحت الـكبريتيت حتى في الحالات التي كتبت لها الخيبة حتى الآن . واعتقادنا في ذلك ان الامر في

هذه المعالجة لا يتعلق فقط بازالة التحسس بالكبريتيت بل الحقيقة ازالة تحسس ذاتي بمولدات التجاوب الطبيعية بفعل مركبات تحت الكبريتيت المضاد للصدمة

الخلاصة :

١ً – يجم تأثير مركبات تحت الكبريتيت المضاد للصدمة في الربو القصبي بفعل الكبريت المضاد للتأق .

٢ً – يعد فعل الشوارد المختلفة ثانوياً غير انه قد يرجح اثره في تقوية تأثير مركبات تحت الكبريتيت المضاد للصدمة او اضعافه ثم بتعديله استقلاب هذه المواد .

٣ً – يجب ان ينتبه في تحت كبريتيت الصودا والذهب المضاعفة لولع الذهب بالنسيج الرئوي .

٤ً – يحتم للاستفادة من المعالجة وجود مولدة التجاوب اذ تلعب هذه دوراً رئيساً بتداخلها في زمن تكون مركبات تحت الكبريتيت قد ادت فيه عملها بازالة التحسس ازالة موقتة ، فيكون دورها بحسب طريقة بسردكا بولوجها الجسد بمقادير متقاربة .

٥ً – وان ازالة التحسس تجدد بلا انقطاع اذا كان المريض في وسط غني بمولدة التجاوب وتكون مديدة فيعود اختفاء التحسس مطلقاً وتنجم التأثيرات الدوائية المستمرة عن هذه الشروط وهو ما يدعم الرأي القائل بزوال التحسس الذاتي بفعل مركبات تحت الكبريتيت .

٦ً – توافق النتائج السريرية المشاهدة مشاهدات بقية المؤلفين .

(فينيابي ، سكالاك ، رانشنبرغ)

الشباب و الإشباب

«٧»

للعليم شوكت موفق الشطي

آراء طريفة في وسائل التعمير و تجديد الشباب

١ — اراء طبيب عالم اديب في هذا الموضوع : وصف الزميل الخبير الدكتور كامل سليمان الخوري بدء ظهور علامات الشيخوخة فيه في الخامسة والاربعين من عمره واستعادته شبابه في الستين في مقال نشره في المجلة الطبية العلمية جعل عنوانه (كيف كدت اشيخ في الخامسة والاربعين من عمري واهرم في الخامسة والخمسين ثم استعيد الشباب في الستين) فقال :

لا اضرّ على الانسان من اهمال الرياضة، سيما اذا رافق التأنق في الاطعمة والافراط في مناولتها ذلك الاهمال .

وهذا ما حصل لي بالحرف الواحد ، حين دأبت مدة طويلة في الجلوس في مكتبي واقلال الرياضة ، وركوب الحافلة كلما شئت الانتقال من محل الى آخر ، ولو كان لا يبعد الا ربع ميل سيراً على الاقدام . . .

فزدت وزناً وصرت اشعر بآلام مفصلية وعضلية في جسمي بين الحين والآخر واعتراني قبض في الباطنة اتعبني كثيراً . وصرت اذا حاولت السير على الاقدام اشعر بالتعب سيما اذا كان الطريق ذاهباً بصعود ، او انني اضطررت الى الاسراع في المشي ، ولما كنت مبتلي بعادة تدخين النارجيلة

اصبحت عرضة للرشح المتكرر لأقل تعرض للبرد ، حتى ادى بي ذلك الى التهاب قصبات مزمن يصحبه شيء من انتفاخ الرئة وعسر التنفس وكنت ازداد وزناً حتى صرت ازن مائتي وثلاثين رطلاً مصرياً (ليبرا اوبوند) .

واتفق لي ان اصبت في تلك الغضون بنزلةوافدة ما عتمت ان اختلطت باحتقان في الرئتين لان مواد النفث اصبحت لزجة صدأى ، وصرت اشعر بتشوش نبضات القلب، ثم تسلط علي بعدمدةعصاب وركي(عرق النسا) وكان ينتابني بين حين وآخر ويضطرني الى المكث في الفراش بضعة ايام . لبثت على هذه الحالة بضع سنوات . ثم اتفق لي في فصل شتاء قارص البرد ان اعتراني التهاب قصبات شديد اضطرني الى ملازمة فراشي زهاء اربعة اسابيع ، وبعد ما نقهت من تلك الوعكة لبثت ردحاً من الزمان منهكاً مع شيء من الخور وحينما حللت بولي تحققت ان فيه قليلاً من السكر والآح وبدا في كواحل قدمي بين حين وآخر تورم اضطرني الى اتباع الحمية اللازمة سنة الى ان زال السكر والآح من بولي ، وتوفقت في تلك الغضون الى انزال وزني نحو ثلاثين ليبرا بالاكثار من الرياضة. فما عتمت ان شعرت ببعض الراحة ، وان تجدد نشاطي في المشي والتوقل في الادراج والسلالم العالية . بيد ان حالة صدري لم تتغير : اى معاودة الرشح ، وغزارة النفث في اغلب الاوقات ولا سيما في الصباح ، فلم ارَ ندحة عن ترك التدخين بالنارجيلة ، ولم تنقض بضعة شهور حتى نلت راحة في جسمي ، وتجدداً في نشاطي حين مباشرة الرياضة ، وتحسنت حالة شهيتي للطعام. وفي تلك الاثناء

عمدت الى المعالجة المائيـة صباً على جسمي بالمنضحة (دوش) مع الاكثار من تجرع الماء على فراغ المعدة ، فزاد ذلك في تحسين حالتي ، وساعدني على التخلص من ربقة القبض المزعج ، الذي لا اصادفه الان الا فيما ندر .

واني الآن وقد اتممت الخامسة والستين اشعر بنشاط وهناء ما كنت احلم بهما وانا في الخامسة والاربعين .

واؤكد للقارىء العزيز انني لو ظللت دائباً في تدخين النارجيلة لما كنت الان في قيد الحياة ، او لكنت عالة على ذويّ !

. . . .

وبناء على ما تقدم بسطه بالايجاز احببت سرد ما حصل لي مؤملاً ان من يقرأ قصتي يستفيد منها ، واملي بزملائي الاطباء الكرام ان يعيروها بعض الاهتمام واني استميحهم عذراً بيسط ما اعتقدت فيه الفائدة ، ولعـل في الاعادة افادة :

اولاً : اقلالي من تناول (مائيات الفحم) لظهور اعراض الداء السكري الخفيف فيّ . وقد افضت هذه الحمية الى انزال وزني الى درجة مرضية .

وقد اضطررت بعد ان امتنعت عن مائيات الفحم اي السكر والنشويات الى الاكثار من المواد النباتية والالبان للتعويض عنها ، فخفف استعمالها اعراض القبض المزعجة ايضاً :

ثانياً : اكثاري من التريض لانني فرضت على نفسي ان اقطع في اليوم مشياً على قدمي لا اقل من ميلين على عدة دفعات كلما كان الطقس مساعداً . فاكسبتني هذه الرياضة نشاطاً ، وساعدت امعائي على افراغ محتوياتها

افراغاً يكاد يكون منتظماً .

ثالثاً : التجائي الى الابتراد بالماء البارد صيفاً ، واحياناً شتاء ، وكانت احول مجرى المنضخة على بطني وناحية كبدي

وكثيراً ما كنت الاحظ حركات امعائي وانقباضاتها تحت فعل الماء . اضف الى ذلك ما كان يحصل من سرعة التنفس عند صدمة الماء في الثواني الاولى . على اني لا استحي من الاقرار انني كنت اؤثر في الايام الباردة الماء الفاتر على البارد اجتناباً للصدمة . وبعد تنشيف جسمي كنت امارس الحركات الرياضية بضع دقائق ايقاظاً للارتكاس (رد الفعل) اللازم .

رابعاً : اكثاري من تجرع الماء على فراغ المعدة . والى القارىء بسط الخطة التي كنت اسير عليها : كنت اكرع لا اقل من اربع كوبات ماء صباحاً على دفعات متعددة : كوبة بعد يقظتي من النوم في الحال ، وكوبة بعد نصف ساعة ، وكوبة او اكثر بعد نصف ساعة اخرى ، ثم بعد مضي نحو ربع ساعة على الاقل كنت اتناول شيئاً من اللبن والأثمار الخ . . . ولا اسمح لنفسي بجرع الماء الا بعد مضي ثلاث ساعات على الاقل . ثم اعود الى شرب الماء قبل تناول طعام الظهر : كوبة الساعة الحادية عشرة والنصف ، وكوبة الساعة الثانية عشرة الخ . . . وبعد جرع الكوبة الاخيرة بنصف ساعة او اكثر بقليل ، كنت اتناول طعامي بتأن ماضغاً كل لقمة جيداً حتى تمتزج تمام الامتزاج باللعاب . وتكاد تذوب في فمي قبل ابتلاعها .

وكانت هذه خطتي في طعام العشاء مما لا يحتاج الى التكرار . وكنت امتنع عن شرب الماء بعد مناولة طعامي على الاقل ثلاث ساعات ، واحياناً

اكثر من ذلك الا اذا شعرت بعطش زائد ، فكنت احذ قليلاً جداً منه لبل لساني فقط ، على انني كنت احياناً بعد مناولة طعامي استجيز شرب كوبة ماء متى كان الطعام كثير الملوحة كالسمك ، ولا يكون اذ ذاك عمل الهضم على اشده ، ولما كنت استيقظ ليلاً كنت اجرع شيئاً من الماء شرط ان يكون قد مضى على الطعام ثلاث او اربع ساعات – وان لم اكن شاعراً بحاجة اليه .

فكنت ارى حين استيقاظي في الصباح وافراغ مثانتي ان بولي خال من ذلك المنظر الادكن الذي كنت الاحظه قبل ان سرت على هذه الخطة الحميدة ، اي شرب الماء بغزارة ! . . .

خامساً : اقلاعي عن تدخين النارجيلة التي كانت تستدعي جهوداً قوية لسحب الدخان الى الصدر ، ولا نكير ان هذه الجهود تورث خلايا الرئتين شيئاً من التمدد والانتفاخ ، مع شيء من الاحتقانات ، وربما من الالتهابات لاقل تعرض لتغير الطقس

وكل يسلم بتلك الجهود في تدخين النارجيلة - سيما اذا كانت غير متقنة وذلك يخالف تدخين الدخنة (السيغار)او الدخينة (السيغارة)او الغليون، اذ لا يحتاج المدخن الا الى المص البسيط فقط ، وهكذا ينحصر ضرر التبغ في الحلق والفم ، اما ضرر النارجيلة فيؤثر في مرونة الرئتين ويعوقهما عن الانقباض ودفع الهواء منهما في الزفير .

وكنت احفظ ابياتاً نظمها احدهم في ذم النارجيلة لم يبق في ذاكرتي منها الآن الا هذان البيتان :

تباً لشيشة تنبـاك ولعت بهـا   من صنع «طهماز» كانت للاذى شركا

تهيّج البلغم المكنون قحتهـا   وتترك الصاغ من صدر الفتى شُركا

فيظهر ان احد الاعجام المسمى « طهماز» هو الذي اخترع هذه الآلة المضرة ، التي من سيئاتها انها تنقل ايضاً العدوى من فم شخص الى آخر . وقد قال احد المستعبدين للنارجيلة مداعباً :

وما شربنا التنباك عيب وانما   اردنا به معنى فقفوا وتأملو

ادرناه فـيما بيننا فلعلنـا   الى ثغر من نهوى به نتوصل

. . . .

هذه هي اهم القواعد التي اتبعتها في اصلاح صحتي واسترجاع شبابي . ولا اكتم القراء الكرام انني سرت على هـذه الخطة في ارشاد مرضاي ومعالجتهم . وانه ليسرني ان عدداً عديداً منهم نالوا فوائد جمة من اتباعها سيما اولئك الذين كانوا عرضةً لسوء الهضم والقبض المزعج المستعصي .

وكما سبقت فقلت انني اشعر الان بنشاط وراحة في عيشتي ما كنت لأشعر بهما وانا في الخامسة والاربعين من عمري .

. . . . ٣

نقل لي غير واحد من مرضاي انهم اطلعوا بعض الاطباء على خطتي في الاكثار من شرب الماء على فراغ المعدة فاستصوبوها ، بيد ان بعضهم لم يستحسنها بحجة ان كثرة السوائل تجهد القلب ، ولعلها تمدد المعدة ، وهم يفضلون اخذ ملعقة قهوة من كبريتات المغنيزيا او كبريتات الصودا حين الحاجة ، فتغنيهم — على قولهم — عن الاكثار من شرب الماء في اجتناب القبض

اقول : انني لا اجاريهم في نظريتهم هذه ، لان المعدة تسرع بامتصاص الماء متى كانت فارغة ، ولا تتمدد ابداً من جراء ذلك ، سيما اذا جرع الماء جرعات متعدده على فترات معلومة. لكن الاكثار منه يمدد المعدة اذ كانت ممتلئة طعاماً (كما رأيت البعض يفعل) ، فلقد لاحظت بعض الاشخاص يجرعون عدة كوبات ماء بعد الاكل بقليل من الزمن ، وانني اشجب عادة الاكثار من تناول المـلاح المسهلة ، لان الماء اذا احسن استعماله يغني عنها وذلك بايماظه انقباض عضلات المعى ، فضلاً عن غسله السائل الدموي مما يخالطه من المواد المضرة .

فلي ملء الامل ان يستفيد القراء من نتيجة اختباراتي هذه . وارجو من الزملاء الكرام ان يبدوا لي رأيهم وينبهوني الى خطأي اذا كنت على شطط في اقوالي . عملاً بالقول المأثور .

والنار في احجارها مخبوءة لا تلتظي ان لم تثرها الازند

على اني لا بد لي من الجهر ان النتيجة المطلوبة لا تحصل الا بعد برهة من استعمال هذه الطريقة ، وبالصبر تزول الصعوبات ! . . .

نشاطر كاتب المقال في اكثر ما اورده اما بعض ما جاء فيه فله صلة بحالته الصحية الخاصة فلسنا من رأيه في اقلال ماءات الفحم لان ذلك يتعارض مع تناول الثمار والفواكه وجلها سكري كما هو معلوم وفيها من النفع العظيم للجسم ما لا يشك فيه احد كما انا لا نوافقه في طريقته بالاكثار من تجرع الماء وفي اعتقادنا ان ١٥٠٠ غرام من السوائل تكفي الانسان ما يعوزه من الماء .

٢ً — اراء رجل امي لا صلة له بعلم في هذا الموضوع : في بلدة نوى مركز قليوب يعيش رجل طاعن في السن يسمى الشيخ العاصي . وليس في البلدة او ما حولها من بلاد وقرى من لا يعرفه ، فكثيراً ما نعى الكبراء والاعيان، و كثيراً ما بشر بحفلات الزفاف وسامر الناس في الليل عن الخديوين اسماعيل وتوفيق ، وعباس . . وقص عليهم الاعاجيب من « هوجة » عرابي !

ويقول الشيخ العاصي : ان سنه تزيد على ١١٥ عاماً قضاها كلها في الصلاح والتقوى ومباشرة العمل . وقد تزوج سبع نساء ، وأنجب ٢٥ ولداً لا يعيش منهم الى الآن سوى ثلاثة ذكور ، اصغرهم في سن الخامسة والاربعين . وبنتين كبراهما في سن الثمانين . اما احفاده فكثيرون يخطئهم العدد ، وهو نفسه لا يعرف اكثرهم الا « بالشبه » او « التخمين » !وكثيراً ما تختلط عليه اسماؤهم فيدعو احدهم باسم آخر سواه .

على انه يختص صغرى حفيداته — وهي لم تجز العام الثاني من عمرها — باكثر عطفه وحنانه ويمنحها كل اوقات فراغه ليلاعبها فيها ويدللها بشتى انواع الملاعبة والتدليل

وكان الشيخ العاصي يعتبر شبه ساع رسمي للبريد في بلدته وما جاورها من قرى . ويقول كما يقول كثيرون ممن يعرفونه : انه قضى في توزيع البريد ٩٠ عاماً كان يذهب في اثنائها الى المركز كل يوم ليتسلم الخطابات والطرود لعدة قرى ، ثم يسعى بها على قدميه ، ليسلمها لاصحابها يداً بيد ، ولم يكن يهدأ له بال او يشعر بحاجته الى الراحة من عناء « المشاوير » الطويلة التي يقطعها الا بعد ان ينتهي من اداء مهمته على الوجه الاكمل بنفاد ما في جعبته

الـكبيرة من المراسلات واطمئنانه الى وصولها لأيدي اصحابها بالذات !

الصلاة والصوم والتقى والمشي سر التعمير

وسئل عن السر الذي جعله يعيش هذا العمر الطويل ، فاجاب قائلًا :

— يمكن انا عايش عشان بصلي وبصوم ومتقي الله . ويمكن عايش عشان كنت بامشي كثير ، والمشي في سبيل الخير عبادة

الاسلام وسعة العمر

دعانا الى كتابة هذا الباب وفرة عـدد المعمّرين بين المسلمين العاملين بأوامر الدين الاسلامي والممتنعين عن نواهيه ، على انه ولا بد لنا قبل مباشرة هذا البحث من بيان ما اذا كان في الاعتقاد بجواز تأخير الأجل ما يتعارض مع ما جاء في القرآن الـكريم وما تقتضيه الديانة الحنيفة نثبت في هذا البحث جواز تأخير الأجل مقتبسين ذلك من مصباح مشكاة الآيات القرآنية ومن ازهار رياض الاحاديث النبوية راغبين في بيان ان العمر يقبل الزيادة والنقصان استناداً الى الـكتاب والسنة(١) آخذين بحكم قوله تعالى «وهذا كتاب مبارك فاتبعوه وما آتاكم الرسول فخذوه» ناظرين الى التعارض وذلك مثل قوله تعالى في حكاية قول نوح عليه السلام لقومه« ان اعبدوا الله وتقوه واطيعون يغفر لـكم من ذنوبـكم ويؤخركم الى اجل مسمى ان اجل الله اذا جاء لا يؤخر»

(١) نقتطف إكثر ما جاءَ في هـذا البحث وفي كتاب مفتاح السعادة في سعة العمر والرزق والزيادة لمؤلفـه العالم الجليل الشيخ محمد ضياء الدين بن الشيخ يحيى القادري الخاتمي الموصلي

فقوله تعالى « ويؤخركم الى أجل مسمى » يدل على ان الأجل يقبل التأخير وقوله تعالى « ان اجل الله اذا جاء لا يؤخر » يدل على انه لا يقبله والغاية من القولين دفع التعارض والجمع بينهما بان يقال الأجل الذي يقبل التأخير الأجل الذي قدره الله تعالى على تقدير المعصية لانه قد يؤخر بالطاعة فالطاعة داعية الى تأخير الأجل المقدر على المعصية او يقال الأجل يقبل التأخير بشرط الطاعة ، الأجل لا يقبل التأخير بشرط المعصية كما ان الاسترشاد بالحديث - عملاً بقوله تعالى (وانزلنا اليك الذكر لتبين للناس ما نزل اليهم) وباقوال الصحابة يدل على ان المقصود من القول الاول في الآية جواز تأخير الأجل وذلك لان الصحابي اعرف بموقع الكلام واكثر تصفحاً لأحوال سيد الانام عليه الصلاة والسلام . وقد جاء في الحديث الصدقة والصلة يعمران الديار ويزيدان في العمر) وجاء فيه ايضاً (الصدقة على وجهها وبر الوالدين واصطناع المعروف يحول الشقاوة سعادة ويزيد في العمر ويقي مصارع السوء) وقال عمر رضي الله تعالى عنه وابن عباس وابن مسعود رضوان الله عليهم في قوله تعالى (يمحو الله ما يشاء ويثبت) يمحو ما يشاء من الأجل والرزق . . الخ

فان قيل هذا معارض بقوله تعالى (فاذا جاء اجلهم لا يستأخرون ساعة ولا يستقدمون) بدعوى ان هذه الآية تدل على امتناع قبول الأجل التقديم والتأخير والأولى على العكس اجيب عن ذلك بان المقصود من الاجل في الآية الثانية اجل استئصالهم في الإهلاك والمعنى ان الله تعالى لا يعذب امة الا ان يبلغوا ذلك الوقت الذي يصيرون فيه مستحقين لعذاب الاستئصال فاذا جاء ذلك الاجل نزل ذلك العذاب وهذا هو مذهب ابن عباس والحسن

ولا نسلم ان المراد منه غاية عمر كل احد كيف وقد صدرها تعالى بقوله (ولكل امة اجل) فذكر لفظ امة ولم يذكر لفظ احد والمقصود منه الوقت الذي تصير فيه الأمة جديرة بالعذاب ولا ينافي ذلك تأخير الأجل بل يدل على ان مجيئه عند اجتماع الشرائط والموجبات يكون مسمى ويفصح عن ذلك لفظه اذا الموضوعة للزمان ومن الآيات قوله تعالى . « وما يعمر من معمر ولا ينقص من عمره الا في كتاب ان ذلك على الله يسير » ومعنى ذلك على ما فسروه ان المعمر الذي بلغ عمراً ما فبعد بلوغه ذلك العمر مثلاً يجوز ان يعمر مرة ثانية بسبب اقتضاه كالطاعة ومعنى مقابله وهو قوله تعالى « وما ينقص من عمره » اي من عمر ذلك المعمر بالعمر الثاني الذى يبلغه بالطاعة ونقصانه باعتبار انه اذا لم يعمل تلك الطاعة لا يبلغ ذلك المقدار من العمر بل انقص منه فهذا المقدار من العمر الثاني هو عمر للمعمر بالعمر الأول فان بلغه يكون قد زيد في عمره بالنسبة الى الاول والا يكون قد نقص من عمره بالنسبة الى الثاني فالزيادة انما هي باعتبار اسباب مختلفة منها الطاعة والعصيان وهذا هو مذهب ابن عباس رضي الله عنه

اما الاحاديث الواردة في امكان زيادة العمر فكثيرة منها ما مر ذكره واتفق على روايته كثير من المحدثين وهو قوله عليه السلام (الصدقة والصلة يعمران الديار ويزيدان في العمر) ومنها ما رواه البخاري عن ابي هريرة رضي الله عنه ان النبي صلى الله عليه وسلم قال (من سره ان يبسط له في رزقه وان ينسأ له في اجله فليصل رحمه صلة الرحم مبرة الاهل والاقارب والإحسان اليهم) . فقوله اي ينسأ له في اجله ان يؤخر له فيه ومنها ما رواه الترمذي

عن ابي هريرة رضي الله تعالى عنه ان رسول الله صلى الله عليه وسلم قال (تعلموا من انسابكم ما تصلون به ارحامكم فان صلة الرحم محبة في الاهل ومثراة في المال ومنسأة في الأجل)ومنها ما اخرجه البيهقي عن انس رضي الله عنه قال عليه السلام (من احب ان يمد الله في عمره ويزيد في رزقه فليبر والديه وليصل رحمه) ومنها ما رواه البيهقي ايضاً (صدقة السر تطفىء غضب الرب وصلة الرحم تزيد في العمر وفعل المعروف يقي مصارع السوء) وفي رواية ابن صصري (صدقة السر تطفىء غضب الله وصنائع المعروف تقي مصارع السوء وصلة الرحم تزيد في العمر .)

❀❀❀

الجزء ٧ المجلد ١٣

مجلة
المعهد الطبي العربي

دمشق في كانون الثاني سنة ١٩٣٨ م . الموافق لذي القعدة سنة ١٣٥٧ هـ .

الجمعية الطبية الجراحية بدمشق

جلسة الثلاثاء في ١٣ كانون الاول سنة ١٩٣٨

لم تتل في هذه الجلسة تقارير طبية لانها جلسة عامة مخصصة لانتخاب عمدة الجمعية فبعد ان قرئ محضر الجلسة السابقة وصودق عليه نهض خازن الجمعية العليم شوكة القنواتي وقرأ تقريره المالي التالي :

تقرير خازن الجمعية العليم شوكة القنواتي

لقد استلمت من سلفي العليم نظمي القباني خازن الجمعية السابق بتاريخ ١٤ حزيران سنة ٩٣٨ ما في صندوق الجمعية حتى ذلك التاريخ وقدره ٥٠٧ ليرات سورية و٤٢ قرشاً سورياً ومنذ ذلك التاريخ لم اقبض رسم اشتراك او رسماً سنوياً ، بل دفعت من هذا المبلغ راتب موزع الجمعية السيد توفيق شاكر ٣٠٠ قرش سوري لقاء توزيع مخابرات الجمعية عن ثلاثة اشهر : حزيران ،

وتشرين الثاني، وكانون الأول سنة ٩٣٨ واستلمت وصلًا يشعر بقبضه المبلغ المذكور وبذلك اصبح ما في صندوق الجمعية ٥٠٤ ليرات سورية و٤٢ قرشاً سورياً .

وتلاه امين السر العام العليم اسعد الحكيم فألقى تقريره السنوي القيّم التالي :

تقرير امين سر الجمعية الطبية الجراحية السنوي العليم اسعد الحكيم

زملائي الاعزاء

تختتم الجمعية الطبية الجراحية في هذه الجلسة سنتها الرابعة مبتهجة بما تتمتع به من صحة نضرة ونمو مطرد . وهي تستقبل عامها الخامس بنشاط الفتوة وعزيمة الشباب فخورة بما تحمله اليه في حقيبتها من نتاج هذه السنة من اعمال علمية ومشاهدات طبية طريفة اذكر منها في الطب الباطن : حادثة التهاب جذور واعصاب عديدة في شخص اسود مصاب بالتهاب صفاق درني، واربع حادثات نزوف دموية تالية للمداواة بالنوارسنو بنزول حقناً في الوريد، وحادثة وسواس دافع لعض الخدود وقرضها تالٍ لالتهاب دماغي، وحادثة استرخاء كبدي مع تناذر شوفار ، وألم عصب زندي ذي منشإ استثنائي ، وتعداد الكريات البيض والصيغة الكروية في الزحار الكبدي، والبرداء اللاحرورية، وفي قسم الجراحة مشاهدة كيس نظير الجلد مستأصل من الجيب الضلعي الحجابي ، ورضّ بطن مع تمزق تام في الامعاء الرقيقة ونزف باطن بدون تقفع الجدار، وتناذر ثنائي الجانب من نموذج دوشن ارب ظهر عقب توبط

على ناسور بطني رحمي ، وخراج المخ في رجل مصاب بالتهاب الجيوب الحاد وحمرة في الوجه ، وحادثة كسر الفك العلوي . وفي فن المداواة اذكر حادثة تشنج نصفي وجهي مزمن عولج على طريقة سيكار، وحادثة شلل عام اختلاطي تحسن بالمداواة الحرورية الصنعية ، وحادثتي داء رقص سيدنهام شفيتا بالمداواة الحرورية الكبريتية ومداواة بعض حوادث الانجذاب بالكارديازول. اما في الطب العمومي وشعب الاختصاص فهنالك خلاصة اعمال مستشفى الوليد السنوية للجذام،واحصاء الامراض الزهرية في مستشفى بن زهر لعام ١٩٣٧ ، وحادثة نقص رؤية هرعي. مما ينم عن حركة علمية فعالة ويبشر بمستقبل لهذه الجمعية زاهر وتقدم مستمر .

هذا ولما كان عهد العمل الذي شرفتني هذه الجمعية بوضعه على عاتقي قد بلغ منتهاه فاني ارى من الواجب في هذه الجلسة ان اكرر شكري لاخواني على ما اولوني من ثقة وشرف عند ما انتخبوني امينا عاماً لسر هذه الجمعية معتذراً اليهم كسلفي عن عدم استطاعتي قبول اي انتخاب قد يقع علي في هذه الجلسة .

وبالختام لا يسعني قبل ان القي بهذه القوس الى باريها الا ان اسجل شكر الجمعية لاعضائها الذين اتحفوها باعمالهم ومشاهداتهم لسلفي الدكتور ترابو الذي يعمل على نشر اعمالها في الصحف الفرنسية ولزميلي السيد مرشد خاطر الذي اوسع لابحاثها مجالاً في مجلة المعهد الطبي كما اني ارسل تحيتها الخالصة الى جميع اعضائها الحاضرين والذين انفكوا عنها لمغادرتهم البلاد السورية راجياً لها تقدماً ونجاحاً مضطردين .

ونهض على الأثر رئيس الجمعية العليم يوسف عرقتنجي فلفظ خطابه المدرج ادناه :

خطاب رئيس الجمعية

زملائي الافاضل

ترغب جمعيتنا دائماً في مطلع كل عام في انتخاب نائب رئيس لها وتولية رئيسها الجديد مقاليد امورها فقبل ان أسلم منصب رئاسة هذه الجمعية لصديقي الاستاذ منيف بك العائدي اراني سعيداً بما شاهدت من النشاط المستمر في اعضاء هذه الجمعية الحديثة التي لم يمضِ على تأسيسها الا اربعة اعوام . وهذه الثمرة المقتطفة التي تعود الى مؤسس هذه الجمعية الأول الاستاذ ترابو تبرهن وتدل اكثر من الخطب على حسن حال هذه الجمعية وعلى قيام اعضائها بالاعمال المفيدة .فاسمحوا لي أيها الزملاء الافاضل ان اهنئكم واهنئ نفسي بهذه النتائج الحسنة وان اثني عليكم لما أوليتموني من الثقة في خلال هذا العام وان اتمنى لكم ولأسركم الكريمة وللاعضاء المنتمين الى هذه الجمعية القاطنين في خارج دمشق كل سعادة وهناء .

وانت ايها الرئيس

انه لمن الصواب ان يقدر الجميع قدر الذين افادوا المجتمع بتربيتهم النشء الجديد ودروسهم القيمة النافعة ومؤلفاتهم الثمينة . فجمعيتنا تفتخر بتوليك رئاستها في عامها المقبل وقبل ان اختم كلامي اقدم لكم تهانيّ الحارة واتمنى لهذه الجمعية الاقبال والنجاح المستمر .

ثم أعلن الاقتراع لانتخاب العمدة الجديدة فحاز السادة العلماء الوظائف التالية :

الرئيس : منيف العائدي (الذي كان نائب رئيس في السنة الماضية)

نائب الرئيس : مرشد خاطر

امين السر العام : شابو

امينا السر المعاونان : عزة مريدن / جمال نصار

الخازن : شوكة القنواتي

امين السجل : عبد الغني المحملجي

ثم نهض الرئيس الجديد العليم منيف العائدي فألقى كلمته الشائقة التي يطالعها القراء ادناه :

خطاب الرئيس الجديد العليم منيف العائدي

سادتي الزملاء الاكارم

لي الشرف ان اقف بينكم الآن شاكراً ثقتكم الغالية التي منحتموني والعطف الذي اوليتموني والاخاء الذي ابديتموني به لأردد صدى انفسكم الطيبة واخلاصكم الاكيد والمهنة السامية الشريفة التي عقدتم العزم على رفع مستواها الادبي والعلمي لا في العالم العربي فحسب بل في سائر الاقطار وهي ترنو الينا بعين ملؤها الحذر. فهل استطعنا ان نقوم بهذه المهمة العليا ؟ أوفقنا الى اداء الرسالة الانسانية الرفيعة ؟ نحن نفخر بملء نفوسنا ان ، نعم. فلقد

سارت هذه الجمعية المختارة بقوة ايمانكم وشدة شكيمتكم وحسن عزيمتكم الى الامام وها هي تسير قُدُماً لا تقف ولا تني . ولا تزعزع عقيدتها بنفسها ولا بايمانها حتى يقيض لها الله النصر فتصل الى هدفها النبيل ان شاء الله . وكما سارت بقوتكم جميعاً فانا لا ننسى القيادة الحكيمة التي كان يصرفها الرؤساء السابقون جميعاً الى خير مراميها فأخصهم جميعاً بخالص اعجابي وارسل اليهم تحية مخلصة وأعدهم اني سأسعى ان اقتفي آثارهم واتبع خطاهم واعضد مبادءهم فيما فيه الخير لهذه الجمعية النبيلة وتأييداً لمسعاها السامي . لقد سارت هذه الجمعية وهي لا تعترف الا على العلم والاخلاص غير مفرقة بين اجناس واديان تجمعنا جميعاً خطة واحدة ومبدأ فرد والعلم قائدنا والاخلاص رائدنا لا فرق بين عربي وفرنسي وانكليزي وطلياني .

هذا ولما كانت جمعيتنا تعمل بلين وهدوء ونشاط للعلم الصحيح والثقافة الحقة وتدأب على رفع مستوى الطب والاطباء في البلاد فقد خطرت لي سانحة احببت ان ادلي بها في هذا الجمع الموقر .

ان دمشق يا سادتي مركز الحركة الفكرية العربية ومبعث النهضة التطورية الحديثة في كل نواحيها فلمَ لا تكون مبعثاً لنهضة طبية جديدة ايضاً ؟ انا اقترح اقامة مؤتمر طبي في دمشق يجتمع فيه الاطباء من كل الجهات ويأتون اليه من كل الاقطار ليتداولوا في ما يعود على هذه المهنة السامية بالتقدم واطراد النجاح العلمي والادبي . فلم سبقنا اخوان لنا في القاهرة وقاموا بهذه الحركة قبلنا ولكن ما يمنع ان نسير كما يسيرون وان نخطو كما يخطون ولما كانت دمشق وسطاً في كل البلاد العربية حق لها ان تهب له فخراً بعمل

نبيل كهذا فاني اقترح (ايام طبية) او (مؤتمرات الطب العربي) في ايام الربيع . ودمشق جنة تستعذب الوفود وردها وريحانها الى جانب افاويق العلم ورحيق العمل المجيد .

تلك فكرة ابعثها فان وافقت منكم قبولاً سعينا لها واعود فاكرر شكري لثقتكم وعطفكم والله الموفق للسداد .

❀❀❀

مشاهدتان نادرتان من تشوهات

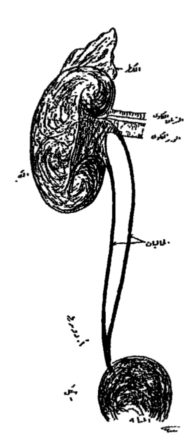
الكلية الولادية

للعليم انور دويدري الطبيب الشرعي بحلب

قدمت للجمعية الطبية الجراحية في حلب في جلستها المنعقدة في شهر ايلول المنصرم مشاهدتين نادرتين من تشوهات الكلية الولادية اثارتا اعجاب الاعضاء المحترمين شاهدتهما في اثناء القيام بعملية فتح الجثة بين بضع مئات من الجثث التي شهدت فتحها في اثناء ممارستي الطبية لم يذكر احد من الزملاء انه شاهد مثلهما او سمع بنظيرتهما كما تظهران في الرسوم التالية . ومن غريب الصدف اني شاهدت هاتين المشاهدتين في يومين متواليين هما الثالث والعشرين والرابع والعشرين من شهر تموز المنصرم واغرب من ذلك ايضاً ان للشخصين ولابويهما اسماً واحداً فكل منهما يدعى محي الدين واسم ابيه محمود ولكنهما من عائلتين مختلفتين . فنظراً الى ندرة هاتين المشاهدتين احببت ان اتحف بهما قراء مجلة المعهد الطبي العربي التي نتمنى لها وللمعهد الذي يصدرها كل تقدم وازدهار .

المشاهدة الاولى : هي : كلية واحدة في الجسم ذات حالبين . وهي كائنة في مسكنها الطبيعي في الجهة اليمنى مغلفة بمحفظتها الخاصة يعلوها الكظر ليس فيها اي تشوه ولا اي اختلال في شكلها وحجمها الطبيعيين . ولكن

في قوامها بعض الصلابة . اوعيتها الدموية طبيعية . وكل الغرابة فيها انها وحيدة وذات حالبين ينشأ احدهما من اعلى السرة والآخر من اسفلها من حويضة واحدة ويسيران جنباً الى جنب من الاعلى الى الاسفل ثم يلتقي



احدهما بالآخر على بعد ثلاثة سنتمترات من جدار المثانة الايمن حيث يؤلفان مجرى واحداً اغلظ قطراً من كل منهما منعطفاً الى الانسي حيث ينصب في المثانة بفوهة واحدة .

اما صاحب هذه الكلية فهو شاب في الثامنة والثلاثين من عمره تظهر عليه سيماء الصحة التامة والنمو الكامل . كان مدمناً للخمرة في حياته يتعاطاها بإفراط منذ حداثة سنه ، مات على أثر القائه بنفسه من مكان

علوه تسعة امتار ونصف المتر فسقط على جمجمته التي انفقعت انفقاعاً تاماً وانكسرت كسوراً طولانية لانضغاطها بين الارض وثقل الجسم الساقط

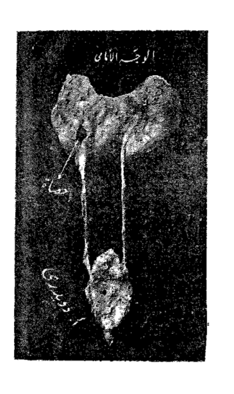
وكان عظما الفكين العلويين متباعدين وبينهما ثغرة تناثرت منها اجزاء الدماغ . وكان كسر تام في منتصف عظم الفخذ الايسر ناجم عن هذا السقوط بآلية لم تتضح تماماً لعدم اصطدامه بشيء في اثناء السقوط . وليس كسر في الحوض او في العمود الفقاري .

والذي استرعى نظري في اثناء فتح الجثة هو نقص التعظم في الاضلاع وعدم قساوتها حتى انني تمكنت من قطعها كلها بالمقص العادي دون كبير جهد او عناء .

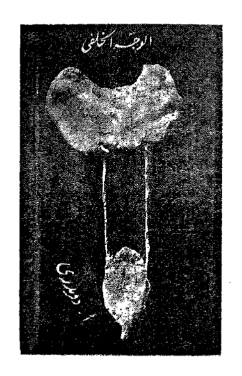
ولم ار في الجثة شيئاً غير طبيعي الا الكلية التي تحدثت عنها وغيبة الكلية اليسرى وكانت الكبد كبيرة شاحبة بعض الشحوب وعلى وجهها الامامي العلوي تمزق متشعب على طول الوجه المذكور تعلوه علقات دم متخثرة بدون نزف في جوف البطن الامر الدال على ان الموت كان سريعاً جداً وانه ادرك الجريح قبل حصول النزف وهذا ما يؤيد ان السقوط وقع على الجمجمة مباشرة فاحدث الموت السريع . اما التغيرات الكبدية المذكورة فناجمة عن الانسمام المحقق بالكحول . ولعل للانسمام المذكور أثراً في رخاوة العظام وهشاشتها

المشاهدة الثانية : اسم المتوفى : محي الدين بن محمود عمره ٩ سنوات مات مسموماً بطعام مشبوه أكله مع سائر افراد عيلته البالغ عددهم تسعة فظهرت عليهم جميعاً عوارض الانسمام ولم يمت احد منهم غير الغلام المذكور

لدى فتح جثته لم يشاهد فيها ما هو غير طبيعي الا الكليتين اللتين كانتا ملتصقتين ومؤلفتين جرماً كلوياً واحداً يكاد يشابه شكله شكل الكلية الطبيعية ولكنه اكبر حجماً منها وهذا الجرم واقع امام العمود الفقاري ومعترض، اهو جه امامي مقبب ومفصص ووجه خلفي املس مقعر وحافة مقعرة وحافة سفلية مقببة كما يظهر في الشكل ٢ . وعلى الوجه الامامي



الشكل - ١



الشكل -- ٢

المفصص حويضتان صغيرتان احداهما يمنى والاخرى يسرى ينشأ منها الحالبان وهناك كتلات شحمية ملتصقة في مناطق مختلفة من الوجه المذكور . وقد شوهدت في الجهة اليمنى بضع بؤر قيحية يتبدل حجمها من الحمصة الى البندقة.

والحويضة اليمنى ممتلئة قيحاً وفي مدخل الحالب الايمن حصاة بحجم الزيتونة الصغيرة ذات شكل توتي ولون اسمر سدت الحالب كما يرى في الشكل المذكور. فالكلية والحالة هذه مصابة بالتهاب الحويضة والكلية بسبب الحصاة المذكورة وهذا ما حال دون انطراح المادة السامة من جسم الغلام وقتله .

❀ ❀❀

التطعيم المبيضي

بقلم الدكتور وجيه نجا
الطبيب الداخلي والمعاون في الشعبة الجراحية في معهد دمشق سابقاً
والمعاون في شعبة الجراحة النسائية في معهد باريس حالياً

الجهاز التناسلي في المرأة هو محور حياتها وسر حلاوتها وسبب زينتها ، أرأيت خطيباً يسحر بالقائه الجماهير فيتركها اسيرة بيانه، قل لي اذا قطعت لسانه ماذا يبقى له في الحياة ليتحمل آلام الحياة ؟ أرأيت طاووساً يشمخ برأسه الى السماء معتداً بجمال ريشه ، اذا انتزعت منه هذا الريش ماذا يبقى له ليعيش؟ واستئصال جهاز المرأة التناسلي اعظم خطراً ففيه المفرزات الداخلية ، وزوال هذه المفرازات يترك اضطرابات عضوية ذكرناها في مقالنا السابق وينتهي باختلال نفساني شديد الخطر قد يبلغ درجة الجنون فان المرأة تشعر انها لم تعد تلك السيدة الكاملة وتحس ان لم يعد لها هدف في الحياة، واذا كان زوجها قاسياً جاهلاً يعيرها في كل مناسبة انها غير صالحة للحمل وانها مخصية بتراء لا تصلح للزواج فهناك الطامة الكبرى ، هناك الفراق والطلاق وخراب تلك العيلة الصغيرة ! فحذار ايها الجراحون النسائيون في سورية : ان اعظم هم الجراحة اليوم هو ان توفر السعادة للمرأة والمجتمع وتنظر الى النتائج البعيدة فتستعين بعلم النفس وعلم الاجتماع .

لتعيد للمرأة ابتسامتها المفقودة ولتدعم اسس العيلة التي زازلتها انانية الزوج ومرض الزوجة .

اجرينا لسيدةشابة عملية استئصال الرحم الناقص (subtotale) واضطررنا الى نزع الملحقات في الجانبين ثم اجرينا لها عملية التطعيم وخرجت المرأة من المستشفى وبعد شهرين ارسلت لها بطاقة رجوتها فيها ان تحضر لأرى نتيجة الطعم فحضرت في الوقت المعين واذا بها سعيدة وقد عاد اليها الطمث وبعد ان فحصتها سألتني اذا كانت ستحمل ، قلت سلي الدكتور موكو ، وكان حاضراً فقال لها il faut toujours espérer علينا ان نعتصم بالأمل دائماً ، وذهبت المرأة راضية مسرورة ، فقلت للاستاذ ومن اين الامل فقال لي... يا بني ! لا تلق بمريضتك في ظلمات اليأس ،

هذه هي الجراحة النسائية : اقتصادية ما امكن الاقتصاد ، والا فالتطعيم يقي المريضة الاضرابات التالية : فالتطعيم اذاً هو آخر سهم يريشه الجراح في صالح مريضته !

<u>الاستطبات العامة</u> : يؤخذ الطعم اما من مبيض صحيح او من مبيض مريض

١ — <u>من المبيض الصحيح</u> : قد يعجب القارىء لماذا نستأصل مبيضاً سليماً ونجري منه التطعيم ، كثيراً ما يحدث في التهاب الملحقات ان يضطر الجراح الى فك التصاقات ممتدة فتختل توعية المبيضين ، فاذا تركهما في مقرهما فالضمور السريع نصيبهما ولذا يستأصل ويطعم . او قد تكون اصابة الصفاق الحوضي منتشرة فلا نستطيع اجراء التصفيق (péritonisation) فنجد امامنا سطوحاً معراة تصير اذا تركناها مقراً لالتصاقات عديدة وآلام شديدة

واختلاطات خطرة ولذا نستأصل هنا ايضاً ونطعم .

من المبيض المريض : ليس من المعقول ان نترك مبيضاً مريضاً في البطن ولكن هل من المعقول ان نطعم منه ثم ألا تتابع الآفة سيرها ، فاننا لا نطعم بنسيج المبيض فحسب ، بل نحمل مع هذا النسيج المريض الآفة والجراثيم .

ان الذي نشاهده يومياً في مستشفى بروكا هو ان عراقيل التطعيم ليست بذات خطر . فنحن نجري التطعيم حتى من المبيض المتقيح ونجريه حتى من المبيض المسلول ومن المبيض الكيسي ، ومع ذلك فالنتائج مرضية جداً . انا لا اتكلم متخيلاً ولا ادعي ادعاءً واذا كان الطب الحديث تجارب ومشاهدات فاليك ايها القارىء مثلاً من مئات المشاهدات التي اجمعها .

السيدة آ . . . مصابة بقيلة دمية متقيحة وبالتهاب المبيضين المقيح ، اجرينا لها عملية استئصال الملحقات التام واستئصال الرحم الناقص واخذنا قطعة من المبيض فغسلناها بالاثير وعملنا منها طعمين غرسناهما في الشفرين الكبيرين وتقيح الطعمان تقيحاً سطحياً فعالجناهما ككل التقيحات وشفيت المريضة وقام الطعمان بوظيفتهما رغم ما عرض لهما .

واليك مشاهدة اخرى اطلعت عليها في شعبة الاستاذ مور في مستشفى سان لويس :

السيدة ك . . . مصابة بالتهاب الملحقات الثنائي السلي ، اجري لها استئصال الرحم الناقص واستؤصل مبيضاها المسلولان واخذت منهما قطعتان غرستا في الشفرين الكبيرين ، فشفيت المرأة وقام الطعمان بوظيفتهما خير

قيام ، وبعد عامين توقف الطمهان عن العمل واخذت اعراض الضهى بالظهور فراجعت المستشفى ولدى الفحص ظهر ورم في غـدة بارتولين ففحص نسيجياً وعرف انه سلي فاستؤصلت غدة بارتولين وبعد ثلاثة اشهر تحسنت حالة المريضة العامة فعاد للطمين نشاطهما بدون اي مداواة خاصة .

ولهذه المشاهدة شأنها لانها ترينا ان التطعيم حتى في سل المبيض ممكن ولا نخشى من ظهور السل الموضعي فيه ، وما انقطاع نشاط الطعم الا كانقطاع نشاط المبيض في مقره الطبيعي متى وجدت بوءرة سلية نشيطة في البدن فتى شفيت هذه البوءرة او استوءصلت تعود للمبيض قدرته على القيام بوظيفته .

ان الطعم الذي يتعرقل دائماً هو المأخوذ من المبيض الكثير الاكياس (polykystique) والذي يـدعى المبيض المتصلب الكيسي (ovaire scléro-kystique) فينقلب الطعم دوماً كيساً ، ومع ذلك فمداواته سهلة وسنذكرها في دورها . وهكذا يرى القارئ ان الطعم مرغوب فيه اياً كان منشأ الآفة حتى لو كان سلياً واية كانت حالة المبيض حتى لو كان متقيحاً ولكن علينا ان نجتنب التطعيم في اورام المبيض التي نشك في سلامتها واذا استثنينا هذه الحالة فلا مضاد استطباب قط للتطعيم

والى جانب التطعيم يجب ان نحتفظ بالرحم او بقطعة منها ولذلك نجري بصورة منتظمة عملية استئصال الرحم الناقص بدلاً من استئصالها التام . للابقاء على التعاون المبيضي الرحمي ، وعودة الطمث هو الدليل على ان الطعم يقوم بالمهمة السامية الموكلة اليه . ونحن نعلم ما للطمث من الشأن الغريزي

ولكن الذي اريد ان اعيد ذكره هو تأثير رؤية الطمث في نفس المرأة، فانها تشعر انها لا تزال في صف النساء الكاملات وتعتقد انها لا تحرم من الحمل الذي خلقت له ، ولمَ لا ؟ ان وجود الطمث كل شهر هو العلامة الاكيدة عندها وعند ذويها لقابلية الحمل ، فعلام لا تتأمل ولا تنعم بهذا الامل ؟

ما اعظم هذا في الجراحة النسائية وما افظع جريمة من يهمل اتباعها جهلًا او كسلًا فاذا اهملها جهلًا فهو مسؤول لان الجهل ليس عذراً شرعاً . واذا اهملها كسلًا فهنا المسؤولية العلمية الكبرى : اذا كنت لا تدري فتلك مصيبة وان كنت تدري فالمصيبة اعظم

مقر الطعم وعدده : — ينصح كوت Cotte « ليون » بغرس الطعم في الثرب داخل البطن وهذا ما لا نشير به بصورة عامة وما نحرمه في المبيض المريض . فان الطعم ان كان من مبيض صحيح معرض للاستحالة الكيسية وان كان من مبيض مريض فصائر الى الالتهاب والتقيح وفي الحالين يضطر الجراح الى التوسط ثانية وهذا ما نريد ان نبتعد عنه . والذي عليه المعول في باريس ونجريه يومياً هو ان يغرس الطعم في الشفر الكبير .

ان الطعم ثنائي ، والسبب في ذلك ان المبيضين في الحالة الطبيعية يعملان بالتناوب ، ولقد رأيت مريضة أُجري لها طعم واحد واذا بها تطمث مرة كل شهرين . ولا تكلفنا معرفة هذا التناوب عناء وبحثاً فان المريضة نفسها تخبرنا بذلك فتقول في الشهر الماضي جسم الطعم الايمن وفي هذا الشهر جسم الايسر وهكذا دواليك .

الطريقة العملية : اذا كان المبيض صحيحاً وحجمه طبيعياً نقطعه قطعتين من المحور الى المحور وكل قطعة تؤلف طعماً واذا كان كبير الحجم فاننا نقطع بعضه قطعتين تكونان طعمين واما في المبيض المريض فاننا نفتحه ونتحرى قطعة سليمة بالظاهر فنعمل منها طعمين .

حوادث التطعيم وعوارضه : ان الطعم في وقت راحتـه متوسط الحجم لا يزعج المرأة ولـكنه حساس بالجس ، ويضخم كل شهر فيصبح ثلاثة اضعاف حجمه العادي ، عندها نشاهد في المرأة عسراً في المشي والحركة والجلوس والماً في الجماع ، ولكن المريضة تتحمل ذلك بسهولة خاصة اذا انبأناها بما سيقع واذا أفهمناها ان ما سيحدث لها شيء طبيعي ، وبهذا الاخبار نجتنب مفاجأت مختلفة ، فقد رأيت مريضة تسرع الى العيادة في الصباح الباكر خائفة مضطربة تسأل عما بها اهو فتق أم خراجة ؟ ولم يكن هناك سوى طعم في حالة النشاط .

على انه قد يكون سير الطعم غير طبيعي فتراجع المريضة الشعبة النسائية اما لزيادة نشاط الطعم وجسامته او لنقص هذا النشاط فتبدو في المريضة اعراض الضهى الجراحي .

جسامة الطعم وايلامه : قـد تكون الجسامة غير محتملة فتصبح سبباً لآلام مبرحة لا قبل للمريضة بتحملها ولدى الفحص نشاهد احياناً ان سبب هـذه الآلام خطأ في وضع الطعم كأن يكون عالياً فنجده امام سطح العانة العظمي فينضغط على هذا السطح في اوقات جسامته الدورية ويجعل الجماع غير ممكن وقد شاهدت حادثاً من هذا النوع اضطررنا في مستشفى بروكا

ان نرفع احد الطعمين لتنقذ المريضة من ألم ممض . واذا كان الطعم في اسفل الشفر الكبير يجعل المشي متعذراً والجلوس مؤلماً . ولاجتناب هذه الاضطرابات يجب ان يعنى بوضع الطعم في القسم المتوسط من الشفر الكبير

وقد يكون وضع الطعم حسناً ولكن الجسامة غير طبيعية ، فيزداد حجمه ولا يتراجع كعادته فنعلم ان الطعم اصبح كيسياً . وهذا امر سهل لان معالجته تحصر بالبزل وكثيراً ما لا نحتاج الى البزل الا مرة واحدة واحياناً مرتين ونادراً ثلاثاً ، فنخرج في كل مرة مقدار (٥ — ١٠)سم٣ من سائل ليموني او دمي . واذكر هنا مشاهدة جميلة نشرها غوجيرو وبلوم (Gougerot et Blum) في مجلة اخبار الامراض الزهرية ، فقد لاحظ الكاتبان في سياق افرنجي ثانوي عند امرأة مطعمة ان الطعم جسم جسامة مؤلمة . فبزلاه واخرجا ٥ سم٣ من سائل مدمى اجريا عليه تفاعل واسرمان فكانت النتيجة مثبتة شديدة وتحريا العامل المرضي في السائل فلم يجداه .

فنرى مما تقدم ان الطعم يتفاعل كالمبيض الطبيعي في سياق داء الافرنج واذا ذكر القارىء مشاهدة المسلولة عرف انه يتفاعل ايضاً بالطريقة نفسها في السل .

نقص نشاط الطعم والضنى الجراحي : قد لا يجسم الطعم فتظهر في المريضة هبات الحرارة وتكون خفيفة اولاً ثم تشتد وتصحبها بقية الاعراض التي ذكرناها في المقال السابق . ونرى ذلك في ثلاث حالات مختلفة :

١ — بعد دور شدة النشاط فيكون وقت راحة الطعم .

٢ — في حالة الضعف العام . وآية ذلك مشاهدة تلك المرأة المسلولة .

وحالما تحسن الحالة العامة يستعيد الطعم عمله .

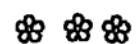
٣ — نقص تدريجي في الفعالية فيظهر اولاً تطاول المدة بين دورات التضخم ثم عدم الانتظام ويتلو ذلك الانقطاع التام عن العمل فيكون الطعم قد قضي . ويشير هذا السير الى ان الطعم كان يبذل آخر ما يضمه نسيجه من الحياة .

قد تعود للطعم مقدرته على القيام بوظيفته السامية في الحالتين الاولى والثانية اذا مد الطبيب اليه يد المساعدة واما في الحالة الثالثة فلا حيلة لنا بانقاذه الا اذا راجعتنا المريضة في اوائل عهد اضطرابه . وخير ما يوصف للمريضة هنا هو خلاصة الفص الامامي من الغدة النخامية او الفوليكولين

الطعم الاجنبي : ان ما تحدثنا عنه حتى الآن هو الطعم الذاتي اذ نأخذ الطعم من مبيض المرأة ونغرسه في شفرها . ولكن قد يحدث في الممارسة ان مريضة اجريت لها عملية استئصال الملحقات واهمل الجراح التطعيم فاصيبت باضطرابات شديدة مستعصية على كل معالجة دوائية فلنجرب فيها التطعيم الاجنبي ويسهل ذلك في المستشفيات الكبرى حيث تجرى دائماً عمليات على الملحقات ويشترط على المعطية ان تكون فحوصها المصلية سلبية وان يوافق دمها دم الآخذة وقد حدثني الجراح النسائي المشهور الدكتور دواي رئيس اعمال الشعبة النسائية في عهد جان لويس فور ، انه اجرى هذه العملية اربع مرات فكانت نتيجة الاولى ممتازة اذ بقي الطعم قائماً بوظيفته اربع سنوات وكانت النتيجة في حادثة ثانية متوسطة ، ولم يعلق الطعم في حادثتين .

اذن يمكن ان تجرب هذه الطريقة ، وانه وان كانت النتائج حتى الآن غير مشجعة كثيراً فما من شر يخشى في هذه العملية .

الطعم الرحمي : لقد رأينا سابقاً تعاون الرحم والمبيض على القيام بوظيفتهما الكبرى ولذلك يفكر اليوم النسائيون اذا اضطرتهم حالة المريضة الى استئصال الرحم التام في تطعيم المريضة بقطعة من رحمها كما يطعمونها بقطعة من مبيضها ان هذه الفكرة لا تزال قيد البحث ولم تخرج بعد الى حيز العمل .



رسول نظائر الدرق في معالجة زيادة

التوتر الشرياني الاساسي المستمرة أو الاشتدادية وتسرعات القلب التي ترافقها

ترجمة الدكتور محمد وحيد الصواف

نميز اليوم بحق زيادة التوتر الشرياني العرضية عن زيادته الاساسية المستمرة أو الاشتدادية .

ففي عدد كبير من زيادات التوتر الأساسية المستمرة أو الاشتدادية التي تشاهد في اشخاص اعمارهم بين الاربعين سنة والستين او في اشخاص اصغر اعمارهم حول الثلاثين يعجب السرري من إخفاق جميع الوسائط الخافضة للتوتر : مضادات التشنج المختلفة ، اليودورات ، الغي (gui) ، السيليكات ، مقويات القلب ، المدرات ، ملاح الاستيل كولين ، الرسل المعشكلية الخالية من الانسولين ، مشتقات الأوكتيل ، الاستدماء الذاتي ، الحمات ، التيارات العالية التواتر ، الفصادات الغزيرة ، الحميات الغذائية الشديدة ، التي لا تأتي بنتائج محسوسة ودائمة .

وقد عزا فاكز واوبري ولانجرون وغالافارادن ودوما هذا النوع من زيادة التوتر بعد ان أدلوا بالبراهين الكافية الى زيادة افراز الكظر .

وادرك احد معلمينا الاستاذ لريش بحسب مبادئه في الجراحة الغريزية

النتائج التي يمكن ان تجتنى في مثل هذه الاحوال من قطع العصب الحشوي ومن استئصال احد الكظرين . وقد اعطت هاتان العمليتان الجراحيتان لدى اجرائهما في حالات مستعصية على جميع العلاجات التي اتينا على ذكرها، نتائج محسوسة ومستمرة .

غير ان استئصال الكظر عملية قلما يقبل بها المرضى وهي تتطلب عملاً دقيقاً ولها، ولو كانت وحيدة الجانب، نصيب من الاخفاق في عواقب العملية البعيدة منها والقريبة، هذا الاخفاق الذي يزيد كثيراً عند ما يكون المرضى، وهذا هو الغالب، مقلوبين . لذا اضطررنا الى التفتيش عن طرق اخرى في الحقل الطبي .

وقد اتيح لنا ان نشاهد عدداً كبيراً من المكبودين وتوصلنا ان نحدد من بين هؤلاء عدداً كبيراً من القاصرين عن تثبيت الهيولينات وجدنا فيهم بدرجات متفاوتة الاضطرابات المختلفة لزمرة بوشار العصبية الحرضية والتغيرات النفسية المختلفة التي وصفناها في شهر ايلول من السنة ١٩٣٧ في المؤتمر الدولي لقصور الكبد المعقود في مدينة فيشي (Vichy) .

وقد فرزنا من هؤلاء القاصرين زمرتين متفاوتتين يبدي التوتر الشرياني في الكبرى منهما كما بين ذلك فيدال ميلاً واضحاً نحو الهبوط في اثناء الصدمات الهيولية الغذائية او الدوائية . اما الزمرة الثانية فعلى العكس يميل التوتر فيها في اثناء هذه الصدمات نحو الصعود وعواقبه. وقد توصلنا بتنشيط الغدة الكبدية وبحذف الاغذية الغنية بالهيولينات الى خفض التوتر الشرياني في هؤلاء والى رفعه في اولئك . فلماذا الاضطراب نفسه في وظيفة كبدية

واحدة: القصور عن تثبيت الهيولينيات ، يحدث في الوقت ذاته في البعض هبوطاً وفي الآخرين صعوداً في التوتر الشرياني ؟

يجب علينا للجواب ان نعتبر مسألة البنيات العصبية التي تقترب او تبتعد من البنية العصبية الغدية الطبيعية فنعتبر ١ً -- العصبيين بتنبه المجهول والودي مع تغلب المجهول الذي تحدث فيهم الآحينات المؤذية وخاصة الايميدازولات (les immidazols) التي نبه اليها لوبر نقصاً في المقوية الشريانية ٢ً — العصبيين بتنبه المجهول والودي مع تغلب الودي الذين تحدث فيهم المواد الآمينية المذكورة نفسها على العكس هجمة رافعة للتوتر .

وقد تعمدنا في هذه اللمحة القصيرة استعمال الاصطلاحين : العصبيين بتنبه المجهول والودي مع تغلب المجهول والعصبيين بتنبه المجهول والودي مع تغلب الودي لان هؤلاء الاشخاص الذين يبدي بعضهم تغلباً في تنبه الودي والبعض الآخر تغلباً في تنبه المجهول يتصفون جميعاً بحس عصبي مجهول وودي اشد من المعتاد .

ومهما يكن فان مسألة زيادة التوتر الشرياني الاساسي تؤدي الى مسألة تغلب الودي . ويظهر ان هذه المسألة قد حلت الآن حلاً جلياً بزيادة افراز غدد الكظر ، النخاعية منها والقشرية ، وفي بعض من الحالات بزيادة افراز الفص الخلفي للنخامة وزيادة افراز رسيل نظائر الدرق (وليس الفص الامامي للنخامة والغدد التناسلية) ولم يتفق بعد على قبول الحل الذي يقول بزيادة افراز الدرق .

يستنتج مما تقدم ان ما يجب علينا حفظه هو ان الأصل في زيادة

التوتر الشرياني الاساسي هو زيادة افراز الغدد فوق الكلية .

وقد ساقنا الفضول مرات عديدة الى تجريب رسول نظائر الدرق في اشخاص ابان نوبة الربو او نوبة الشرى فلاحظنا في هولاء واولئك استفحالاً واضحا في النوبة وخاصة في المبهورين مع اشتداد في الزلة وفي الصفير القصبي اللذين يحجبان عن التنوح السنخي باتساع الشعريات . وقد زالت جميع هذه الاضطرابات بحقنة واحدة من الأدرنالين . وقد حقنا ايضاً المبهورين في ابان النوبة بمزيج من الادرنالين ورسول نظائر الدرق فلاحظنا فيهم ايضا اشتداداً في النوبة لم تسكنه سوى حقنة من الكظر وخلف النخامة «Surrénale-rétrohypophyse»

وقد تبين لنا من مشاهدة هذه الحوادث انه يمكن القول بوجود تضاد — على الاقل في تأثيرها بالاوعية — بين الكظر وفص النخامة الخلفي من جهة وبين رسول نظائر الدرق من جهة اخرى فيضيق الأولان قطر الشعريات بتقليصهما للألياف العضلية الملس بينما الثاني يحدث على العكس استرخاء في الالياف المذكورة وليس هذا بالامر العجاب لان رسول نظائر الدرق يقاوم ولع التقلص (spasmophilie) بانقاص زيادة تنبه العضلات نقصاً كبيراً

وقد أدت بنا هذه الاعتبارات الى معالجة زيادة التوتر الشرياني الاساسي منذ اكثر من ستة اشهر (ليس بخلاصات نظائر الدرق التي لم تعطنا نتائج كافية مع ان كاربانتيه «Carpentier» قد جنى في الاضطراب الوعائي الحركي الذي يعقب رض الاطراف نتائج حسنة) بل بالرسول الذي تفرزه نظائر الدرق

وقد كانت أولى تجاربنا في المتوترين اعطاء هذه المادة بطريق الفم على الرغم من نصيحة الفرانزيين بعدم اعطائها بهذا الطريق مستندين في ذلك الى تلفها بتماس التريبسين وعصارة المعثكلة فلاحظنا في كل مرة بعد المعالجة بعشرين وحدة يومياً طيلة اسبوع هبوطاً في التوتر الشرياني يبلغ السنتمترين من عمود الزئبق .

وقد ادى استعمال الشياف (suppositoires) المحتوية على نصف هذا المقدار على عشر وحدات يومياً الى التحسنات نفسها .

اما الحقن تحت الجلد فقد كان هبوط الضغط فيه اكبر واسرع حتى اننا دوناً هبوطاً في التوتر قدره سانتيمتران من عمود الزئبق بعد ساعتين من الحقن بعشرين وحدة من الباراتيرون (paratyrone)

فنحن اذاً امام نوع من المعالجة جدير بالانتباه على الرغم من صعوبة تعيين المقادير ومدة المداواة فيه . فعلى السرري ان ينظمها بحسب كل مريض على حدة كما عليه ايضاً ان يراقب وان يقوي قلب مريضه اذا اقتضى الامر ولو اننا لم نشاهد حتى الآن ادنى طارئة .

ويلاحظ عدا هبوط التوتر المحسوس والمستمر اشهراً تحسن في نظم القلب متى كان هنالك اسراع وعدم انتظام مرافق وزوال الطنين والدوار ومعص الاطراف وتقلص اوعية العين وعودة النوم الهادىء

❀❀❀

معالجة السلعة الجحوظية (goitre exophtalmique)

بحقن الكحول المصلبة

ترجمة العليم انور الحجا

على الرغم من تفتيشي الدقيق في الكتب لم اعلم ان احداً نشر معالجة الجدرة الجحوظية بحقن غايتها تصليب النسيج الغدي .

ان خيبتي في المعالجات المتبعة في الجدرة الجحوظية ما عدا الجراحية منها (التشريد والتيار الفارادي والاستشعاع) وخوفي من المعالجة الجراحية التي لا تخلو من الخطر ، هذه المعالجة التي اقتصرت في استعمالها على بعض الحالات الخطرة جداً ، حملاني الى استعمال الحقن المصلبة بكحول درجته ٩٥ منذ ما ينيف عن سنتين .

وقد جنيت من هذه المعالجة نتائج باهرة فشجعني استعمالها على المثابرة عليها والاشارة بها على زملائي الذين يرغبون في تجربتها في مرضاهم . لان سهولة هذه الطريقة وخلوها من الخطر يجعلانها في متناول كل ممارس .

ولم ارغب لبعض من العوارض الممكنة الحدوث في استعمال السوائل الكثيرة التخريش المسماة مبدلة كالتيمول المكوفر الذي تماثل فائدته فائدة الكحول كما ذكرت في احدى مقالاتي المنشورة عن معالجة الاكياس الآحية . والاورام المائية والقيلة المائية ، ولا السوائل المصلبة كالكينين الاوراتان وصفصافات الصوده والخ . .

وبما ان الحقن بكحول درجته ٩٥ في معالجة كثير من الآلام لم يحدث تفاعلات تالية ذات شأن : فكرت في استعماله لتصليب السلع الجحوظية بصورة تدريجية ، وقد جربت ايضاً الحقن بكحول يودي درجته (٩٥) ونسبته $\frac{١}{٢٠٠}$ فلم اجنِ منه نتائج مرضية .

هذا وقد بدأت اجرب هذه الحقن الكحولية في الاورام الغدية الصغيرة الخبيثة التي قد تحدث اضطرابات محسوسة لا نسبة بينها وبين احجام الاورام وقد حقنت بعد ان لمست هذا التحسن سلعاً متفاوتة الحجم ومنتشرة واليك طرز العمل .

الادوات : أبرة قطرها $\frac{٩}{١٠}$ وطولها ٤ سم متصلة بمحقنة سعتها (٣ — ٥) سم ٣ معقمة وفارغة يتحرك مدحمها مع احتكاك خفيف لطيف ومحقنة أخرى فيها ٣ ـ ٤ سم ٣ من كحول درجته ٩٥

العمل: تطهر ناحية العنق الامامية بصبغة اليود والافضل مسحها بالايثر . في الاورام الصغيرة الواقعه على الخط المتوسط يقف الطبيب الى يسار المريض المضطجع ووجهه الى رأسه ويبسط الورم باصبع يده اليسرى لكي يشعر به جيداً ويثبته ويستحسن الايعاز الى المريض باجراء حركات بلع

١ — تغرز الابرة المتصلة بالمحقنة الفارغة في مركز الورم الغدي قدر المستطاع .

٢ — يستنشق، فيجابه الطبيب احد الاحتمالات الثلاثة التالية :

أ - فاذا خرج دم وخروجه ممكن قبل الاستنشاق تجر الابرة ريثما ينقطع الدم .

ب — واذا خرج سائل مصلي : يستنشق حتى نفاده .

ج — او لا يخرج شيء بالاستنشاق

٣ — تترك الابرة في مكانها وتبدل المحقنة بالاخرى حيث الكحول ويحقن منه بـ٢ — ٣ سم٣ ببطء ويسأل المريض عما يشعر به .

وفي الغالب لا يؤلم الحقن المريض خلافاً لما يقع في معالجات العصابات حيث يحدث الحقن ألماً حاداً ولكنه قصير المدة .

وتترك الابرة العالقة محقنتها في مكانها زهاء دقيقة او دقيقتين ريثما ينتشر الكحول .

ملاحظة ان استعمال محقنتين واجب وتحاشياً عن حقن كحول درجته ٩٥° في احد الاوعية (وان يكن لا محذور كبير منه ولا فائدة ايضاً) يجب الاستنشاق قبل الحقن ، فاذا استعملت المحقنة الواحدة الملأى بالكحول يعود الدم اليها حيث يتخثر في الحال فيسد الابرة ويضطر الطبيب الى اخراجها وتبديل الكحول .

وطريقة الحقن هي هي في معالجة ضخامات الغدة الدرقية المتفاوتة الانتشار سواء اكانت في جانب واحد او في الجانبين .

يرجح وقوف الطبيب في الجهة المرادة معالجتها وتبعد بابهام اليد اليسرى ووسطاها العضلة القصية الترقوية الخشائية الى الوحشي وتثبت الغدة الدرقية الضخمة بهما ايضاً . وتغرز الابرة ببطء عمقاً والى الوحشي في نسيج الغدة (وغرز الابرة بعد ان تجتاز الجلد غير مؤلم) .

ويسهل تعيين موقع الاوعية الكبيرة كالوداجي والسباتي فتجتنب . ومع

ذلك فان التوعية الوريدية في هذه الناحية ذات شأن كبير ايضاً .

وليس من النادر ان يستنشق دم بالابرة التي يظن انها في محل مناسب فاذا حدث شيء من هذا تجر الابرة قليلاً واذا اصبحت قليلة العمق تحرف وتغرز ويحقن بـ (١ - ٣) سم٣ من الكحول .

ولسنا نرى اقل محذور في حقن محلين مختلفين من الجهة نفسها بسنتمترين مكعبين من الكحول واذا وقعت الضخامة في الجانبيين تحقن كل جهة بسنتمترين مكعبين .

توابع العمل : لم اشاهد ابداً اقل دعث او حس مؤلم في عقب الحقن الا في بعض المصيبات اللواتي اشتكين الحقنة الاولى .

وكنت استطيع دائماً ان اسمح لمرضاي بمغادرة العيادة فور الحقن . ويظهر ان الحقن بالكحول يوسع الاوعية بشدة لانني لاحظت ان الحقنة لو اجريت في ناحية قليلة التوعية تنزف في الغالب شأن ما يحدث في حقن الغدة الدرقية فيستحسن الايعاز المريض بضغط الناحية المحقونة ضغطاً خفيفاً بضع دقائق برفادة معقمة .

والفاصلة التي أتركها بين الحقنة والاخرى اسبوع الى اسبوعين . ويتبدل عدد الحقن من (٢ - ٢٠) حقنة بحسب كبر السلعة وشأنها .

النتائج : انني آسف ان يحول بعد المخبر وحالة مرضاي الاقتصادية دون اجراء التطور الاساسي قبل الحقن وبعده ولهذا اكتفي باعطاء النتائج السريرية فقط .

ان الحقن بالكحول يحدث في خلال شهر او شهرين نقصاً محسوساً في

حجم الغدة الدرقية حتى زوال الاورام الغدية زوالاً تاماً في بعض من الحالات

وقد قدر كثير من المرضى حسن النتيجة الموضعية بزوال الورم كما أنهم قدروا ايضاً زوال الزلة او عسر البلع الذي كانوا يشعرون به .

اما الاعراض البازدوفية فتحسنها ثابت وواضح فان القلب يبطىء وتشوش النظم يتحسن او يزول ويتبعه تحسن جنون القلب او زواله وعودة الفرق بين الضغطين الاقصى والادنى الى حده الطبيعي وتحسن ايضاً الاعراض العصبية والجحوظية .

وليعلم ان هذه التحسنات ليست آنية بل انها قد تستدعي عشرين حقنة مصنوعة خلال عدة اشهر الامر الذي لا بدّ منه ايضاً في عقب التوسطات الجراحية .

وقد استمر التحسن في الحادثات المعالجة منذ سنتين حتى اني لم اضطر الى اجراء حقن جديدة .

١ — الاعتراضات : قد يقول قائل ان هذه الطريقة عمياء : مع ان الحقن لا تجرى الا في غدة درقية ضخمة يسهل فيها التحاشي عن اصابة الاوعية والاعصاب الهامة وحقن نسيج الغدة نفسه بالكحول . ولا بد من غرز الابرة كثيراً لتبلغ السباتي او الوداجي وبالاحرى العصب الرئوي المعدي الامر الذي يجب التحاشي عنه اما العصب الراجع فيقع في الانسي ولا خطر عليه لان الابرة التي تغرز من الانسي الى الوحشي تظل بعيدة عنه اما ارتشاح الكحول حول العصب الودي القليل الاحتمال فمفيد عوضاً عن ان يكون مضراً ولا تتعرض الغدد نظيرة الدرق بسبب مقرها الخلفي لفعل الكحول

٢ — ان الورم الغدي قد لا يزول برمته ولكن الغاية من هذه الطريقة هي معالجة العوارض السمية التي تتصف بها السلع الجحوظية الصغيرة الحجم في الغالب والصغر الذي يعقب الحقن في الغالب كافٍ في معظم الحالات .

٣ — ولعل اعظم اعتراض يوجه الى هذه الطريقة هو الصعوبة التي يلاقيها الجراح فيما بعد اذا اراد استئصال الغدة لما يحدثه الحقن من التصاقات الغدة بالمحفظة والنسج المجاورة .

وبما انني لم احتج الى اجراء عمليات جراحية لمرضاي الذين عولجوا بحقن الكحول لان تلك الحقن كانت كافية لتحسين حالتهم ، لا استطيع ان ابدي رأياً في هذا الصدد . والفت النظر الى ان للاستئصال المحذور نفسه وزيادة عليه انها كهؤلاء المرضى الذين تكون صحتهم قد وهنت .

وعلى العكس فان حسنات هذه الطريقة تفوق محاذيرها

وهذه المعالجة السيارة غير مؤلمة وقليلة الكلفة وغير مؤذية اذا قيست بالمعالجة الجراحية المؤلمة والخطرة في الغالب اضف الى ذلك انها لا تترك ندبة كتلك

فاستناداً الى ما تقدم ارى ان هذه الطريقة حرية بالاستعمال في الممارسة اليومية واني اشكر للزملاء الذين يوافونني باعتراضاتهم وانتقاداتهم ونتيجة تجاربهم ، واشير بهذه المناسبة الى النتائج التي جنيتها من حقن المحفظة المفصلية بكحول درجته ٩٥ في التهاب المفصل الحرقفي الفخذي المؤلم الميبس . فهو يمكن المرضى بهذه العلة المضنية من الاستناد الى طرفهم واستعادة بعض نشاطهم

الكزاز

للدكتور سكرينكا

ترجمة الدكتور كامل سليمان الخوري

(بروكلين نيويورك)

تاريخ المرض : يقول اندرس ومورغن ان هذا المرض كثير التفشي في سفح الهدسون ، والجزيرة الطويلة ، والولايات الاتلنتيكية من الولايات المتحدة « فبين ٧٣٢،٥٢٨ حادثة وفاة حصلت في ثماني عشرة ولاية في السنة ١٩٠٩ كانت منها ١٣٧٣ حادثة بالكزاز ، ثلاثون منها في اولاد لم يتعدوا السنة الواحدة من العمر . وكانت الاحتفالات بالرابع من شهر تموز التي لم تكن السلطات تمانع في اجرائها تزيد حوادث الكزاز زيادة تذكر . واما الآن فقد قلت هذه الحوادث ، اولاً : لان الحكومات تنبهت لما ينتج من اقل جرح يحصل من المفرقعات والاسلحة النارية ، وثانياً : للفوائد الحاصلة من استعمال المصل المضاد للكزاز .

وحوادث الكزاز في اوربة كافية للفت انظار السلطات المدنية والطبية اليه . اما في انكلترة وان يكن هذا الداء قليل الشيوع ، فقد حصلت منه حوادث في وادي التامز وبعد ان كشف نيكولاير عصية الكزاز في السنة ١٨٨٤ واستعمل المصل المضاد الكزاز ، وادخلت الطرق الموافقة في معالجة

السرر (الحبل السري) في الولدان ، جاءت التقارير التي تقدمها السلطات في العالم اجمع مبينة ان هذا الداء قد قات حوادثه في الاطفال والاولاد والكهول وان قد عقد النصر للطب عليه .

ذكرنا كثرة حوادث الكزاز في سفحي « الهدسون والتامز » ، وهو كثير ايضاً في كل سفح اذا أحاطت به أنجاد او تلال او جبال او حوض واقع على مقربة من ذلك لان عصية الكزاز تتناسل بكثرة في هذه السطوح المنخفضة الرطبة . وتخصب في طين المستنقعات ، والارض المحروثة ، والبساتين والمزارع حيث الارض رطبة

الاعراض الموضعية : ان الكزاز مرض عفنيّ ناجم عن عصية نوعية تدخل البدن بخدش او جرح وابرز عرض يأتي لهذا المرض التقفعات التي تستولي على مجموعات العضلات وتتخللها نوب اشتدادية . وقد سُجلت حوادث كزاز لم يكتشف فيها خدش او جرح .

ذكرنا ان عصيات الكزاز كثيرة في الاراضي المحروثة والرطبة ، وفي طين المستنقعات ونضيف الى ذلك انها كثيرة ايضاً في المواد المعطنة والروث والسماد .

تتبدل حضانة الكزاز من يوم واحد الى عشرين يوماً ، ومعدلها الوسطي من خمسة الى عشرة ايام .

وعرض الكزاز الاول صلابة في العنق او الفك . يشكو المصاب احياناً صعوبة المضغ . فلينظر الى هذا العرض الاول بعين الاهتمام ولا سيما اذا سبقه شعور ببرد او قشعريرة صريحة (نافض قوي) ، ثم تتدرّج التقلصات الى

عضلات الفك فينقفل الفـكان ويسمى هذا العرض الضزز (trismus) الذي سمي الكزاز به ، وتتغير تقاطيع الوجه فيرتفع الحاجبان ، ويجر الصواران (ملتقى الشفتين) الى العالي فيظهر جانب الاسنان ، فيقلد الوجـه منظر الشخص المستهزىء وقد سمي هذا العرض بالضحك الـكلبي .

ولا تتقلص عضلات الجسم بعد الضزز مباشرة بل تنتشر تدريجياً وببطء فتصاب في الغالب عضلات الظهر اكثر من عضلات البطن ، وينعطف الجسد في اثناء التقفعات الى الوراء مستنداً الى القفا والعقبين ، اكثر من استناده الى الجبهة واصابع القدمين .

وقد ينعطف الجسم الى احد الجنبين حين النوبة ، او يصبح جميعه متصلباً متقفعاً . وتختلف مدة اشتداد النوبة ، بيد انها وان قصرت ، فان الراحة التي تحصل بعـد الاسترخاء — اي الفاصلة التى تفصل النوبة الواحدة عن الاخرى — تنحصر في بعض العضـلات فقط ويستمر بعض التقفع في البعض الآخر .

ولا يبرحن عن البال ان جميع المنبهات (كمجرى هواء او ضجيج فجائي ناجم عن اغلاق الباب بشدة او وميض نور فجائي على العينين) تسبب نوبة تقلص . ويبلغ لالم في اثناء التقفعات حداً قصياً من الشدة ، حتى يخيل الى المصاب المسكين انه قد قبض عليه بيد حديدية لا يستطيع الانفلات منها فيتصبب العرق منه غزيراً ولا يخسر شيئاً من ادراكه . وتظل الحرارة في بعض الحوادث طبيعية ، وترتفع قليلًا في البعض الآخر .

المعالجة : فلينظف كل جرح تلوث بالتراب بدقة واتقان ولو كان جزئياً

حتى اذا كان خدشاً لا تكاد تراه العين وجميع الجروح والخدوش المحدثة بالحديد الصادىء وقطع التوتيا (الزنك) او التنك وشظايا الخشب اوالزجاج العتيقة والقَذِرة وما شاكل ، شديدة الخطر ولا سيما اذا كانت هذه المواد مدفونة في التراب .

ويحقن بالمصل المضاد الكزاز بما امكن من السرعة لان في المصل ترياقاً ممنعاً فاذا ما حقن به قبل ظهور اي عرض وهب للبدن وقاية لا ريب فيها ابداً ولا تقبل جدلاً .

فعلى الطبيب في جميع حادثات الرهس وتمزق الانسجة والكسور المفتوحة ان يبادر الى استعمال العلاجات المطهرة . وافضلها وانجعها محلول كاريل داكين على ان يكون حديث الاستحضار او الماء الاوكسيجيني الذي يسهل الحصول عليه ، وان يحقن جريحه بعشرة الى عشرين سنتمتراً مكعباً من المصل المضاد للكزاز وقاية له من داء ممكن الحدوث .

ومتى ظهر المرض يوضع المريض في غرفة مظلمة ساكنة وتوصى الممرضة القائمة على تمريضه بالابتعاد عن كل ما من شأنه ان ينبه اعصاب المريض .

وبما ان المصاب يعرق عرقاً غزيراً في اثناء النوب فلتبدل ثيابه مرات في اليوم الواحد بلطف لئلا ينزعج حتى ان حركات البلع قد تكون مصدراً للنوبة وداعية الى اختناق المريض فاذا كانت الحادثة شديدة يغذى المريض بالمصول فقط تحت جلده وفي مستقيمه ريثما تخف وطأة الداء فيغذى بالسوائل

ويكافح المرض نفسه حينذاك بالمقادير الوافرة من المصل التي تحقن بها العضلات والاوردة ولا سيما القناة الفقرية لان ذيفانات الكزاز مولعة بالجهاز العصبي فعلى الطبيب ان يرسل الترياق الى الخلايا العصبية نفسها .

وليعمد الى طريقة دوفور في المعالجة وذلك ان يخدر المريض تخديراً عاماً ليتسنى للمراكز العصبية التحرر من ذيفانات الكزاز وتحقن القناة الشوكية، والمريض مخدر، بالمصل فيعدل ترياقه تلك الذيفانات المحررة المؤذية

ولا نهملن المنومات والمسكنات اي الكلورال والمورفين حين اشتداد النوب ريثما يكون المصل قد فعل فعله الشافي .

❀❀❀

عقم الزوجين وعلاجه

ترجمها عن مجلة الطب الجزائرية
الدكتور الرئيس
عبدالحليم العلمي
آمر مستشفى الميدان الثاني في الجيش العراقي

يشغل مبحث العقم ، المقام الاعلى ، والمكانة السامية ، بين مباحث السريريات الولادية الاخرى ، ولم يبدأ درس هذا البحث بصورة جدية ومُجدية ، الا منذ بضع سنين ، الامر الذي دعا الى ازدياد عدد المستطبين من الرجال والنساء لعقمهم ، وخاصة منهم الزوجات المتعطشات الى الأمومة ، الى رؤية طفل يداعبنه ، بين ايديهن وفي احضانهن ، ويرضعنه لبان الحنان والرأفة ، ويناغينه بلسان السذاجة والوداعة ، فيوحين اليه روح المحبة والشفقة ، اولئك النسوة اللائي يشعرن بان الامومة هي الهدف الاسمى لحياة الاسرة ، والغاية النبيلة للعقد الزوجي ، سيما اذا علمنا ان كثيراً منهن يعددن العقم عاراً مخزياً ، وعيباً مشيناً ، وكثيراً ما أدى ويؤدي الى فراق الزوجين ، فراقاً مريراً لا لقاء بعده .

. . . .

كان علاج هذا المرض سابقاً ، مؤلفاً من مجموعة اعمال غريبة عن الفن ، بعيدة عن العقل ، يقوم بها بعض من لا اخلاق لهم من الدجالين والمشعوذين

وما لبث الطب الحديث ان شذّ بها من الشعوذات والاباطيل ، وادخلها في حظيرته بشكل مستند الى اسس علمية ناجعة قوية .

ليعلم الزوجان ، ان فحصهما معاً ضروري ، ثم لتعلم الزوجة ، ان فحص بعلها لا يقل شأناً عن فحصها ، اذ كثيراً ما يكون هو السبب في العقم فاذا شئنا تشخيصاً صحيحاً ، فلنفحص كلا الزوجين ويتألف فحص الزوجين من سلسلة تحريات سريرية ، واخرى حيوية .

الفحص السريري

١ — فحص الرجل : يجب قبل كل شيء تحري الاسباب الموجبة للعقم ، وهي اما عفونات سابقة او انسمامات داخلية وخارجية ، او اضطراب في الغدد الصم ، او تعفن افرنجي قديم .

ثم يلي ذلك تحري الاسباب الموضعية ، وهي آثار التهاب الاحليل التعقيبي المزمن او الحاد ، المختلط غالباً بالتهاب الخصية والبربخ (وهـذا هو سبب عقم المرأة الناجم عن الزوج) .

ملحوظة — يجب اجراء هذا الفحص في مؤسسة مختصة للاستفادة من الحصول على المني وفحصه فحصاً حيوياً دقيقاً .

٢ — فحص المرأة : تسأل اولاً عن سوابقها المرضية الموروثة والجانبية (collatéraux) ، ثم تسأل عن امراض طفولتها ، وعن وجود عارض زهري موروث او مكتسب ، وللتأكد من ذلك يلجأ الى تفاعـل بورده — واسرمان وتفاعل هخت (Hecht) وروبنستين (Rubinstein) ثم تسأل عن انتظام الوظيفـة التناسلية ، وعن تاريخ اول حيض ومدته

وعن حصول حمل سابق وكيفية انتهائه .

ثم يعمل المس المهبلي . ويفتش عن تشوهات الاعضاء التناسلية الولادية او المكتسبة ، او عن التهاب النفير الكثير الحدوث ، ثم ينهى هذا الفحص (بعد اجراء معالجة طويلة ضد العفونات الموضعية والعامة) بالتحري عن انفتاح النفير او انسداده، وذلك بنفخ مولد الحموضة وتصوير الرحم مع نفيريها.

الفحص الحيوي

يؤخذ مني الرجل ويفتش عما اذا كانت فيه حيوينات منوية وعما اذا كانت قليلة او كثيرة . ثم تفحص حركتها أسريعة هي ام بطيئة، ثم دوام هذه الحركة ، ثم دوام حياة الحيوينات، ثم عددها في معشار مكعب ، ثم تفحص تفاعلات المني حين جعله بتماس الاخلاط والمفرزات الانثوية ، (الموجودة في المهبل والرحم) فيما اذا كانت حامضة ، او قلوية ، او معتدلة ، وتفحص القوة الراصة لمصل دم الانثى مع المني . ثم تدرس الزمر الدموية في الزوجين ، واخيراً يبحث عن زمن الاباضة (ovulation) في المرأة ويعاير الجرابين البولي (folliculine urinaire) فيها .

الخلاصة : ان عقم الذكور اكثر من عقم الاناث او على الاقل مساوٍ له .

وان سبب عقم الاناث اما من تعفن الرحم وملحقاتها، الناتج عن سراية زوجية اهملت معالجتها في الزوجة ،واما من انسداد النفير او انفراز مواد سامة للمني (spermatoxique) ، واما من تعفن افرنجي كثير الحدوث رغم انتفاء تفاعل بورده — واسرمان ، واما من اضطراب في الغدد الصم ،

او من تشوه ولادي او كسبي في الاعضاء التناسلية ، واما من رضوض حصلت في اثناء ولادة سابقة (انقلاب رحم خلفي ، هبوط تناسلي ، تعفن الملحقات) ، واما من تعفنات عامة او انسمامات .

المعالجة

معالجة الرجل : اذا فحص المني ولم تظهر فيه حوينات منوية او كانت قليلة فيه (oligo-spermie) نصف للشخص خلاصة فص الغدة النخامية الامامي او رسل (hormones) مستخلصة من بول النساء الحوامل ، تحقن في العضل يومياً او ثلاث مرات في الاسبوع بمقدار ١٠ وحدات أرنب .

فنلاحظ بعدئذ ازدياداً في عدد الحوينات المنوية يبلغ من ٥٠ - ٣٠٠ ./ ودواماً في حياتها من ساعة الى ثماني ساعات حتى الى ست عشرة ساعة (بعد حقن سلسلتين بفاصلة شهر واحد) .

واما إذا كان الافرنجي هو السبب في عدم الالقاح فيعالج المريض المعالجة النوعية لهذا المرض .

واذا كان التهاب الاحليل الحديث او القديم مع التهاب الحصية والبربخ هو السبب ، يساق المريض الى عيادة الامراض الزهرية للمعالجة .

ولا ننسين اخيراً فضل الادوية المقوية التي يدخل الفصفور في تركيبها

معالجة المرأة : ١ً — باللقاحات كاللقاح الكثير القوى المقم بالايود ، او اللقاح الكثير القوى الذي يحوي المكورات البنية والعصيات القولونية والمكورات المعوية والمكورات العنقودية والمكورت العقدية ، او

تستعمل موضعياً رشاحة اللقاح (filtrat-vaccin) المحضرة في المخبر .

٢ً — بالمطهرات (antiseptiques) ، وهي الادوية الموضعية (تامبون تجينول) المستعملة مع التلقيح العام .

وهذان النوعان من المداواة يؤديان حتماً الى سير الالتهاب نحو الشفاء ، والى تغيير المفرزات السامة للمني تغييراً ملموساً .

٣ً — بالعوامل الطبيعية(agents physiques) كالاستحرار (دياترمي) الذي يستعمل في جميع آفات الرحم والمبيض ، مقروناً بالتلقيح ، اذ كثيراً ما يؤدي الى سكون الألم وتوقف الالتهاب .

وكندوية عنق الرحم الكهربية (électro-coagulation) في جميع التهابات العنق الحادة والمزمنة ، حيث يسبب اختفاء المفرزات السامة للمني بسرعة ، كما انه يعطي نتائج حسنة في ضيق فوهة عنق الرحم الخارجية .

واما اذا نشأ العقم من تشوش في وظيفة الغدد الصم ، واخص بالذكر منها المبيض ، او من اضطراب في العادة الشهرية ، فيستعمل فيها الجرابين (folliculine) الموجود في التجارة بشكل حباب يحقن منها ٧ — ٨ حباب في العضل بمدة ١٢ — ١٤ يوماً قبل الحيض .

او تستعمل خلاصة فص النخامية الامامي المستخلصة من ابوال النساء اللواتي مضى على حملهن ثلاثة اشهر على الاقل، اذ يحقن منها ٢ — ٣ حباب تحت الجلد بين اليوم العاشر واليوم الثالث عشر الذي يلي اول يوم من الحيض

هذا وان رسل الفص الامامي للغدة النخامية تنظم افراز الطمث اذا كان مشوشاً وتظهره اذا كان مقطوعاً .

واذا كان سبب العقم عدم ملائمة تفاعل مفرزات المهبل او الرحم للمني فيبدل التفاعل الى آخر ملائم ، فيحقن المهبل بمحلول احدى المواد الحامضة كحامض البور ، ان كانت الحموضة هي الملائمة للمني ، او بمحلول احدى المواد القلوية، كثاني فحمات الصودا ، ان كانت القلوية هي الملائمة للمني واذا احتاجت معالجة العقم الى توسط جراحي كتثبيت الرحم(hysteropexie)او فتح النفير (salpingostomie) او تحرير النفير (salpingolysis)او عملية تصنيع (op . plastiqne) فيجرى ذلك في السريريات الولادية .

وليس احسن من نفخ النفير بمولد الحموضة وتصوير الرحم والمبيض في نهاية المعالجات ، لما له من الفائدة الكبرى في التشخيص والمعالجة .

ونفخ النفير بمولد الحموضة يجرى في الايام التي تلي الحيض ، فاذا كان منفياً تحت دريئة التصوير الشعاعي اجري حقن الزيت اليودي في اليوم الثاني عشر بعد بدء الحيض .

واخيراً يمكن اجراء التلقيح الاصطناعي (fécondation artificielle) بزرع الرحم بالمني في الزمن المناسب للاباضة ، وخاصة في الحالات التي اظهر فيها الفحص الشعاعي انفتاح النفير .

❀❀❀

الشباب و الاشباب

«٨»

للعليم شوكت موفق الشطي

في الطاعة والتعمير

بينا في البحث السابق انه ليس في القرآن الكريم والاحاديث الشريفة ما يتعارض مع الاعتقاد بجواز تأخير الأجل بل ان المفسرين اجمعوا على ان الآيات الكريمة الواردة في صدد الأجل تدل على امكان جواز تأخيره بالطاعة واستنتجنا من ذلك ان الطاعة مدعاة الى تأخير الأجل، وغايتنا في هذا البحث شرح اسباب ذلك من الوجهة الصحية . ونرى انه لا بد لنا من التذكير بدعائم الاسلام الخمس التي تكون الطاعة باتباعها ثم نبحث عما له صلة منها بالصحة

بني الاسلام على خمس دعائم ، كل دعامة منها اساس ثابت لسعادة الدنيا وحسن ثواب الآخرة وعماد قويم لاصلاح المجتمع واسعاد بنيه . روى البخاري ومسلم عن ابن عمر رضي الله عنهما قال سمعت رسول الله صلى الله عليه وسلم يقول(بني الاسلام على خمس ، شهادة ان لا اله الا الله وان محمداً عبده ورسوله وإقام الصلاة وايتاء الزكاة وصوم رمضان وحج البيت) فالدعامة الاولى الشهادتان وفيهما أثر بالغ في تهذيب النفوس وتحرير العقول من رق الاوهام وبهما جمع القلوب على معبود واحد و توجيه الوجوه الى قبلة واحدة ولهذا التوحيد اثره في جمع الكلمة وتعاون بني الانسان « أأرباب

متفرقون خير ام الله الواحد القهار » واما الدعامة الثانية فهي اقام الصلاة وذلك باداء الصلوات الخمس في مواقيتها مقومة الأركان مستكملة الشرائط ان في هذه العبادة ووسائلها من المنافع الصحية عدا المنافع المعنوية ما نسعى الى شرحه في هذا البحث .

والدعامة الثالثة ايتاء الزكاة وذلك باعطاء الاغنياء في كل عام مرة نصيباً من مالهم لسد حاجة الفقراء والمساكين . والدعامة الرابعة صوم رمضان وذلك بالامساك عن الطعام والشراب والامتناع عن الشهوات شهراً في كل عام من قبل طلوع الفجر الى غروب الشمس والدعامة الخامسة حج البيت لمن استطاع اليه سبيلا .

فضائل الصلاة الصحية

لا تجوز الصلاة الا بعد التطهر بغسل لمن وجب عليه ذلك ووضوء قبل كل صلاة وفي ذلك حث الناس على الطهارة والنظافة وقد قرن سبحانه تعالى المتطهرين بحبه اذ قال عز وجل « ان الله يحب التوابين والمتطهرين » وذلك اعلاء لشأن الطهارة وتعظيماً لها وقد جاء في مسند البزار ان النبي صلى الله عليه وسلم قال (ان الله طيب يحب الطيب ، نظيف يحب النظافة) .

التطهر بالغسل والوضوء

١ً — التطهر بالغسل : الطهور مفتاح الصلاة ولا يجوز الا بماء طهور لم تتغير احد اوصافه الثلاثة طعمه ولونه وريحه وللغسل موجبات منها الحيض والنفاس والولادة والجنابة وله فرائض منها تعميم الجسد كله بالماء بحيث يجب

ايصال الماء الى كل ما يمكن الايصال اليه بلا حرج ويجب على المغتسل ان يعم بالماء ما غار من جسده كعمق سرته وموضع جرح برىء غائراً ويجب ان يزيل كل حائل يمنع وصول الماء الى ما تحته كعجين وشمع وقذى في العينين ومنها المضمضة والاستنشاق وله سنن (١) ومستحبات فمن سننه غسل اليدين الى الكوعين ثلاثاً وغسل الفرج وازالة النجاسة من البدن والوضوء قبل الغسل وتثليث غسل الاعضاء والدلك .

وللغسل انواع: مفروض كما بينا ومسنون كغسل الجمعة ولو لم يلزم والغسل للعيدين ومندوب لمن لبس ثوباً جديداً ولمن قدم من سفر ولمستحاضة انقطع طمثها

٢ — التطهر بالوضوء : الوضوء طهارة مائية تتعلق باعضاء مخصوصة بعضها يغسل وبعضها يمسح وهي الوجه واليدان والرأس والرجلان وكلها تغسل الا الرأس فانها تمسح لسترها غالباً فيشق غسلها والاصل في فرضيته للصلاة قوله تعالى « يا ايها الذين امنوا اذا قمتم الى الصلاة فاغسلوا وجوهكم وايديكم الى المرافق وامسحوا برؤوسكم وارجلكم الى الكعبين » وللوضوء شروط منها عدم الحائل المانع من وصول الماء الى البشرة ومنه عماص العين والاوساخ المتجمدة على العضو ومنها ان يكون الماء طهوراً وله فرائض منها غسل جميع الوجه بالماء من مبدإ شعر الرأس المعتاد الى آخر الذقن طولاً وما بين وتدي الاذنين عرضاً ، وغسل اليدين مع المرفقين وغسل ما تحت الاظافر الطويلة اذا طال الظفر فغطى رأس الاصبع فمنع وصول الماء الى ما

---

(١) وقد اختلفت فيها المذاهب

تحته وجب غسل ما تحته بعد ازالة المانع ومسح الرأس وغسل الرجلين مع الكعبين مرة وله سنن منها تثليث الغسل بالماء الطهور ثلاثاً والمضمضة والاستنشاق (وهما عند الحنابلة فرض) والاستنثار بطرح الماء من الانف بالنفس بعد الاستنشاق وذلك لطرد ما فيه من قذارة ومسح الاذنين ظاهراً وباطناً ومسح صماخ الاذنين (وعدهما الحنابلة فرضاً) وتجديد الماء لمسح الاذنين والاستياك في ابتداء الوضوء وتخليل اصابع اليدين والرجلين وتحريك الخاتم حتى يصل الماء الى ما تحته .

وله مندوبات وفضائل منها الجلوس في مكان مرتفع لئلا يصيبه رشاش الماء المستعمل وطهارة موضع الوضوء وعدم الاستعانة بغيره في تطهير اعضائه واغتراف الماء للمضمضة والاستنشاق باليد اليمنى والاستنثار باليد اليسرى .

فضائل الغسل والوضوء الصحية

يؤدي القيام بالغسل والوضوء من الوجهة الصحية الى فوائد عديدة اهمها صحة الجلد ونظافته

الجلد واهميته وصلة الغسل والوضوء في نظافته : (١) لا يخفى ان الجلد درع البدن المتين يدرأ عنه شر كثير من العوامل الخارجية والطوارىء المختلفة خلا ما فيه من الوظائف الهامة كتنظيم الحرارة البدنية ومعونة اعضاء الافراغ بعروقه الدقاق وكثرة مسامه المنتشرة في كل نقطة منه وهو مقر الحس

(١) ننقل اكثر ما ورد في هذا البحث وما يليه عن كتاب فن الصحة لمؤلفه الزميل الفاضل الاستاذ حمدي بك الخياط

واللمس ومعرض لانعكاسات كثيرة في البدن ومظهر من مظاهر الانفعالات العصبية الروحية في الانسان ومسرح من مسارح الجمال ايضاً. ولا يخفى ان الجلد لا يمكنه ان يقوم بوظائفه المذكورة بحق ما لم يكن نقياً مفتح المسام حرها فالنظافة اذن اس الصحة الجلدية كما انها اساس الوقاية مطلقاً اذ بها يتقي المرء شر كثيراً من الجراثيم وبها يقوى البدن اجمالاً وينشط لاعماله ووظائفه والنظافة مطلقاً امر حسن · اي هي حسنة في كل مكان وزمان كما هي شرط هام في سلامة الجلد وصيانة البدن

وللجلد اثر كبير في وقاية البدن وصيانته كما ان له وظائف شتى جليلة الشأن في سلامة سائر الاعضاء الرئيسة في الجسم وحسن سيرها ونشاطها فهو بالنظر لمقاومة بشرته وطلائه بالمواد الدهنية يحفظ البدن ويقيه من الطوارىء المختلفة من آلية او حيوية (جرثومية) وبما ينفضح منه من العرق في الحرارة المرتفعة ومن تبخر ذلك يجعل حرارة البدن في حد ثابت ومنتظم ويدفع عن البدن شر زيادتها وهو بهذا العرق يدفع كثيراً من المواد السامة فيعين الكلية في وظيفتها · وبواسطة مسامه العديدة ، منافذ العرق والدهن يساعد التنفس الرئوي . وبعروقه الدقاق الكثيرة يسهل انتظام دوران الدم ومبادلة الاغذية ، ولما فيه من المآخذ الحسية يجعل البدن على اتصال بما يحيط به من الاشياء باللمس وحس الحرارة أو الالم ، وكثيراً ما يكون مرآة الباطن بما يظهره في بعض الامراض من المندفعات الجلدية المختلفة او يكون نقطة انتخاب في تطبيق بعض الادوية او واسطة لجني بعض الفوائد العظيمة ، في كثير من الاحيان ، بواسطة المداواة المائية وما اشبه ذلك. ومن هذه المقدمة

الموجزة تعرف اهمية الجلد ومبلغ ما ينبغي له من العناية والمداراة بالنظافة والا كان عرضة اتلبسه بطبقة لا يستهان بها من الاقذار تتكون من تراكم غبار الهواء وهباء الالبسة من الخارج ومما ينضم اليها من سطحه من الخلايا القرنية المتوسفة وبقايا العرق والمواد الدهنية بعد تخمرها وزواله . وهذه الطبقة قد تسد تلك المسام الجلدية فتعوق وظائفه المذكورة جميعاً وتضر بالبدن كله ضرراً اكيدا خلا ما يحدث بسبب تلك الاقذار نفسها من تحديش الجلد وحصول الحكة فالالتهاب ، وانتشار الروائح الكريهة لاختمارها بتأثير بعض جراثيم الجلد الكثيرة ، تلك الرائحة التي لا يخفيها تأنق ولا تزين ، بل تفضح القذر وتدل عليه لأول وهلة ، لا سيا في الاوقات الحارة والمجامع الكثيرة القذرة . وليس هناك ما يحفظ للجلد رونقه وصحته ولا ما يدرأ عنه شر تلك الويلات ويعيد اليه نشاطه لاداء وظائفه بحق الا النظافة .

والقاعدة العامة في سلامة البدن من هذه المضرة هي النظافة بالغسل او الاغتسال يومياً — ان امكن ذلك — بافاضة الماء على البدن كله وان لم يمكن هذا ، فغسل ما ظهر منه دائماً وكان عرضة للتقذر او التلوث كثيراً كاليدين والوجه ، او كان عرضة للتعطن بمفرزاته كالارجل . وما اعظم فائدة ذلك لو كرر مراراً في اليوم لما يعرف من ان هذا الغسل لا تقتصر فائدته على نظافة الجلد ونشاطه فحسب ، بل يكون داعياً الى نشاط الجسد كله لدعوته الدم الى هذه الاقسام المغسولة وبذلك ينبه الدوران ويخفف احتقان الجملة العصبية المركزية فينبهها وفي ذلك ما فيه من الفائدة والنشاط سيا في المشتغلين بافكارهم خاصة ويزيد كذلك في نشاط الجسم كله والانشراحه

للعمل الفكري والبدني بما يفعله في عون الرئة والقلب في اتيان وظائفهما وفي نشاط الاغتذاء ايضاً

بينا في البحث السابق ان الاسلام يحتم على المتدين به ان يتوضأ لصلواته الخمس يومياً على النحو الذي ذكرناه في اوقات مختلفة كما انه يحتم عليه الغسل العام في كثير من الاحوال اقلها مرة في الاسبوع وقد صح عن البزار (ان لله حقا على كل مسلم ان يغتسل في كل سبعة ايام) وصح عن ابي سعيد الخدري رضي الله تعالى عنه ان رسول الله صلى الله عليه وسلم قال (غسل الجمعة واجب على كل محتلم) وعن الحسن عن سمرة قال رسول الله صلى الله عليه وسلم (من توضأ يوم الجمعة فبها ونعمت ومن اغتسل فالغسل افضل)

ولا تقتصر عناية الاسلام بالنظافة بهذا الحد فحسب ، بل يتطلبها في جميع نواحي البدن واللباس والمكان، اذ لا تجوز الصلاة الا بوجود الطهارة في ذلك كله ، وفي كل صلاة ولا تجوز هذه الطهارة الا بماء نقي طهور غير نجس ولا مستعمل ولا متغير في احدى صفاته الثلاث كما سبق

ولقد رأينا من بحث الغسل انه افاضة الماء على البدن كله فالغسل والوضوء اقصى ما تطلبه القواعد الصحية في نظافة الجلد . فبالوضوء الذي امر الله عز وجل به الانسان تجميل مواطن نظر الخلق بازالة ما اصاب اعضاء الوضوء من ملامسة الاشياء ومما يحمله الهواء من التراب وتخرجه المسام من العرق وتقذفه المنافذ من الاقذار وبه تغسل الايدي مراراً في اليوم والايدي معرضة للتلوث اكثر من غيرها لانها واسطة الأخذ والتناول واللمس واداة العمل اجمالاً .وتقضي سنن الوضوء على نحو ما اوردنا بملاحظة

تفاريج اليد وافواتها والاظافر وتفها وهو ما يتراكم تحتها من الاوساخ .

بالوضوء تغسل الارجل مراراً في اليوم وغسلها واجب صحياً لانها تكون منحصرة في احذية مشبكة وعرضة للتمطن دائماً خاصة في الفصول الحارة، وتزال منها تلك المواد المفرزة من جلد الرجل ولاسيما الاصابع، باطنها وظاهرها، التي تتراكم تحت الاظافر او في تفاريج الاصابع غالباً ولا يخفى ان هذه المواد ان اهملت في مكانها كانت بؤرة ضرر وكراهة لما ينجم عن تخريشها ذلك الجلد دونها ، المتاين من العرق والافرازات ولما يحدث هنالك من الاختمارات العضوية التي تكون او تصير كريهة بدرجة لا تطاق .

وبالوضوء تتحقق نظافة الوجه والسمام ولايخفى ان الوجه اول ما يبدو للناظر من الجسد ويقال انه ما سمي وجهاً الا لذلك ولذا تجب العناية به كل الاعتناء بالدرجة الاولى وليس هنالك ما يحفظ جماله وصحته كالنظافة اذ بها ينتبه فيه دوران العروق الدقاق وتنفتح مسام جلده فينشط لتأدية وظيفته فيقوى ويترقرق فيه ماء النضرة ويسطع منه نور البهاء والرونق وان اهمل علته الدمامة والكآبة ويتلكأ في عمله ووظائفه فترتسم فيه الغضون (١) والضفاريط (٢) تلك الاسارير (٣) التي تخطها يد السنين في صفحته عاجلًا كما تمليها حوادث الدهر وشؤونه عادة ، ويدل تأثيرها فيه على مبلغها منه

ولما كان في الوجه بجمع اعظم الحواس كانت العناية به ادعى والزم ولاسيما

(١) الغضون : جمع غضن وهو التجعد في الجلد او غيره (٢) الضفاريط جمع ضفروط وهي تلك الكسور التي بين الخد والانف وعند اللحاظين (٣) الاسارير : جمع أسرار وهي جمع سر او سرر الخط في الوجه والكف

تلك السمام المؤدية اليها او الحافظة لها ، ونظافتها لا تقل وجوباً عن نظافة جميع الاعضاء الظاهرة ، ان لم تكن اكثر ايضاً لانها عرضة للتلوث بالجراثيم دائماً لذا يقتضي لها عناية خاصة وهذا ما فرض او استنّ في الوضوء

ب — نظافة الفم والاسنان واثر الغسل والوضوء في ذلك : تتم نظافة الفم بغسله والمضمضة (والمضمضة فرض عند الحنابلة) واهم ما في هذه النظافة ان يغسل الفم مراراً في اليوم وان يتمضمض في اوقات مختلفة من النهار وهذا ما يتيسر للمصلي خمس مرات في اليوم كما وانه ستن على المسلم الاستياك مراراً في اليوم وذلك تأميناً للمبالغة في نظافة هذا العضو الذي هو معد للغذاء ومبدأ انبوب الهضم . ولا تنحصر وظيفته في تهيئة اللقمة الطعامية فقط بل هو فوق ذلك مقر الذوق وموقع التكلم وقد يفيد في التنفس ايضاً . والفم عرضة لصولة كثير من الجراثيم لان اكثر ما يتناوله المرء من طعام وشراب وهواء مفعم بهذه الجراثيم او غني بها على الاقل وفي الوضوء وسننه كما بينا تتم نظافة الفم نظافة صارمة وبالاستياك تحفظ الاسنان . وحفظ الاسنان من اسمى الغايات الصحية لضرورتها فالصحة السليمة لا تنال بدون مزيد الاعتناء بالاسنان ولا يكون جسم الانسان صحيحاً معافى ما لم تكن اسنانه صحيحة اذ لا يخفى ان الاسنان اعضاء المضغ الهامة وذلك اول عمل اساسي من اعمال الهضم فاذا اختل اختل ما بعده حتماً والاسنان بلونها وانتظام رتلها من اهم اسباب الجمال في الفم وهي كذلك بمتانتها وسلامتها تحفظ للفكين وضعهما الطبيعي فيتم بها جمال الوجه كله وهي بتمامها وصحتها تجمل المنطق وتحسن اللفظ فعلى سلامة هذه الدرر يتوقف حسن الهضم

وبصحتها يتم جمال الوجه والفم ويستقيم اللفظ ويعذب النطق

والنظافة خير واسطة لحفظ الاسنان اجمالاً حتى انها لتقوي الضعيف منها ، كما ان عفونة الفم تضعف الصحيح . واعظم وسيلة لنظافة الاسنان الاستياك وهو احدى سنن الوضوء كما اسلفنا وكان النبي صلى الله عليه وسلم يحب السواك ويستاك مفطراً وصائماً وعند الانتباه من النوم وعند الوضوء وعند الصلاة وعند دخول المنزل ويحض عليه بابلغ الفاظ العموم والشمول وفي الصحيحين (لو لا ان اشق على امتي لأمرتهم بالسواك عند كل صلاة وفي البخاري « (السواك مطهرة للفم مرضاة للرب) والاحاديث فيه كثيرة وفيه عدة منافع

وللاستياك عند الانتباه من النوم فائدة كبيرة لان تكاثف اللعاب في الفم اثناء النوم ولا سيما اذا كان الشخص عرضة لبقاء فمه مفتوحاً مدة طويلة او قصيرة اثناء ذلك يخدم الجراثيم ويسهل كثرتها في الفم فمن الضروري رفعها عند القيام من النوم اذاً . وهذه هي السنة اذ من المتفق عليه ان الرسول صلى الله عليه وسلم كان اذا قام من الليل يشوص (١) فاه بالمسواك

ج — نظافة الاذن والوضوء : من المعلوم ان الجلد في صماخ مجرى الاذن يفرز بعض مواد دسمة صفر اللون هي الأف او الصملاخ (وسخ الاذن) وتشبه وظيفة هذه المادة وظيفة المخاط في الانف من ضبط الغبار والجراثيم التي تدخل بالهواء فتنظفه غير انه ان اهملت في هذا المجرى تراكمت وكونت مع ما يضاف اليها من الاقذار الخارجية سدادة كبيرة قد تسد المجرى كله

(١) يشوص بمعنى يدلك

وتسبب الصمم لحاملها فلذلك يجب عدم اهمالها . ولا يجوز ايضاً اهمال نظافة الاذن خارجاً ولا سيما الكفاف اي صيوان الاذن لان تلك الإمات(١) والغضون المنتشرة فيه يجتمع في وهادها كثير من غبار الهواء واقذاره ولاسيما في الزوايا المنخفضة منها وهذا ما يدعو الوضوء الى ملاحظته فتنظيفه

د — نظافة العينين والوضوء : لا جرم ان للعينين في الوجه المقام الاسمى وهما مصونتان بحصون طبيعية قوية كالحجاج والحواجب والاهداب والاجفان وما فيها من الدمع ذلك السائل المطهر الجزيل النفع . وكما ان العين بانزوائها بين حصونها هذه ، تكون مصونة من شر كثير من الطوارىء قد تكون بذلك عرضة لاجتماع كثير من الاقذار حولها بما يتراكم في زواياها من غبار الهواء وبقايا الدمع او بعض مفرزات العين التي تجتمع في الآماق وتكون تلك المواد الخاصة المعروفة بالرمش او العمص والتي لا شك في انها ان اهملت كانت سبباً في تخريش تلك الناحية وبؤرة للاختمار بتأثير تلك الجراثيم وكميناً لعوامل الرمد المختلفة التي يجلبها الهواء او بعض الحشرات التي تستطيب ذلك من الاقذار كالذباب وفي ذلك ما فيه من الضرر والقذارة

ويكفي في نظافة العينين خارجاً نظافة الوجه اجمالاً بغسله بالماء مع العناية بنظافة تلك الزوايا وهذا ما يتحقق بغسل الوجه حسب الطريقة المشروحة في مبحث الوضوء

هـ — نظافة الانف والوضوء : قلما تختلف نظافة الفم عما مر في الاذن ، لان وظيفة المخاط في هذا العضو المهم كوظيفة الأف في الاذن او اعم واكثر.

(١) الإمات جمع امت وهو النتوء القليل

وترفع هذه المواد بالاستنشاق فالاستنثار او المخط وهذا ما يدعو اليه الوضوء ويتم به. يتضح مما تقدم ان الغسل والوضوء يحققان اقصى درجات النظافة الواجب اتباعها في نظافة الجلد والايدي ونظافة الوجه والفم والانف والعينين والاذنين والرجلين وهذه النظافة اهم الاسس التي قال عنها المعمرون الخبيرون من الاطباء بانها كانت وسيلة تعميرهم وسوف نأتي على غيرها من الاسس التي اقرها العلماء والتي تفرضها الطاعة في الاسلام.

و — فوائد الغسل العامة : ما الغسل الا استحمام ووسيلة لنظافة البدن نظافة عامة ويكون بمياه باردة ودافئة وحارة

الغسل بالماء البارد : حرارة الماء فيه بين (١٥ — ٢٥) له فعل منبه عام يخفض الحرارة ويعدل النبض والتنفس ويزيد في الاحتراقات الرئوية ويظهر أثره بادىء ذي بدء برعشة ثم يبهت الجلد ويقشعر البدن. ثم لا يلبث هذا كله ان يتبدل ، فيعود للجلد لونه وتقف الرعشة وتزداد سرعة النبض المتباطىء وينشط التنفس . واسباب ذلك هو ان حرارة الماء المنخفضة عن حرارة البدن تسبب تقبض العروق الدقاق المنتشرة في الجلد عند ما تصيبها وتسبب تلك الرعشة فيندفع ما فيها من الدم وهلة الى الداخل فيكثر العمل على القلب ، فيضطرب لذلك ويدفع ما فيه الى الرئة عاجلًا دون تهيوء لذلك فتضطرب ولا تلبث ان تتأهب له بالسعة والنشاط . ثم تعود اعمالها واعمال القلب الى حال طبيعية ، اذا كان هذان العضوان سليمين ويجد ان في العمل، بحسب الطاقة ، مدة طويلة او قصيرة وعند الفراغ من الغسل يحس الشخص بحرارة عامة ويحمر الجلد ويتسع التنفس ويمتلىء النبض ، ويزداد نشاط

العضلات وقوتها ، كل ذلك من رد الفعل المفيد الذي يحدث اثناء هذا الاستحمام ويستمر فيما بعده . ويمكن تسهيل هذا الرد بدلك[1] الجلد او باتيان حركة ما رياضية خفيفة ، واحسنها الصلاة او مشي او ما شابه .

يحسن الاغتسال بالماء البارد للشبان والكهول الاصحاء فيفيدهم قوة ونشاطاً على انه يشترط ان لا تكون مدته طويلة اي دقيقتين او خمس او عشر دقائق لا اكثر وان يسبق بحركة معتدلة ويعقب بمثلها .

ولا يجوز الاغتسال بالماء البارد للعصبيين واصحاب الامراض القلبية والكلوية والضغط الشرياني والاحتقانات الحشوية مطلقاً والمتهيئين للنزف او نفث الدم وكذا الشيوخ (الا من اعتاد ذلك منهم) والاطفال العصبيين

الغسل بالماء الدافىء : حرارة الماء بين (٢٥) و (٣٠) . تنقبض فيها العروق اولاً تقبضاً سريعاً ويتلوه اتساع في العروق يمدد الدم ويخفض الضغط وينقص من عدد كرياته البيض والحمر ويخفف من قلويته ويزيد نسبة الفصفات الحامضية فيه فترتفع الحرارة ارتفاعاً لا يدرك الا باجهزة خاصة وتنقص حظربة العضلات وتنشط المبادلات التنفسية وينشط الاغتذاء وتخف الاضطرابات العصبية بهدوء الاعصاب

يوصى الاغتسال بالماء الدافىء للشبان والكهول اصحاب الامراض القلبية والعصبية والكلوية والمصابين بارتفاع الضغط الشرياني ، واصحاب الاحتقانات الحشوية والشيوخ والاطفال .

الغسل بالماء الحار : حرارة الماء بين (٣٥ و ٣٧) تنشط الدوران المحيطي

(١) الدلك اثناء الغسل من سننه عند الحنابلة

بتوسيع العروق وخفض التوتر وهي مفيدة كواسطة للنظافة لانها تلين البشرة وتسهل زوال اقذارها

يوصى بها لمن تدعو صنعته الى كثرة التلوث بالاقذار او الى القادمين من سفر ويجب الا تطول مدته بحيث لا تزيد عن عشرين دقيقة والا تكرر اكثر من مرة في الاسبوع

ز — فوائد الوضوء العامة : الوضوء غسل موضعي يوصى باستعمال الماء البارد فيه ما لم تكن هنالك حالات مرضية تمنع ذلك كالتي بيناها في فوائد الاغتسال العامة فيرجح عنه حينئذ الماء الدافىء

يفيد الوضوء (وهو غسل الاقسام المكشوفة) بالماء البارد فائدة لا تقل عن الفائدة التي ذكرناها في بحث فوائد الاغتسال لا بل هو اشد فائدة صحية لتكرره وخفة الارتكاسات الناجمة عنه فيؤدي الوضوء بالماء البارد كما بينا في بحث فوائد الغسل الى تقبض في العروق الدقاق يجعل العروق الشعرية السطحية ضيقة حتى ان الجلد قد يبيض من ذلك وقد تتقلص العضلات فيندفع الدم الى ارجاء الجسم العميقة ولا يلبث ان يظهر ارتكاس (رد فعل) يعيد كل شيء الى حاله الطبيعية . تستفيد من ذلك الجملة الدورانية فائدة عظيمة فيرتفع الضغط الدموي اولا وتزداد حركة القلب . ومتى وقف التقلص العضلي في المحيط اعقب تقبض العروق تمددها فيعود للجلد لونه وللضغط حالته الطبيعية السابقة ويزداد عدد الكريات الحمر وتنشيط المبادلات في الجسم وتقوى الحركات التنفسية فيزداد مقدار الاوكسيجين الوارد وتكثر كمية حامض الفحم الصادر .

ويؤثر غسل الاقسام المكشوفة المعرقة بالوضوء تأثيراً عاماً فيغزر البول ويكثر معه افراغ السموم وتزداد الشهية الى الطعام وينشط الهضم وتزداد اكثر المفرغات وتتنبه الجملة العصبية وينتج من الارتكاس البادىء بالجلد نشاطاً عاماً وذلك بتنبه الاعصاب الجلدية والاعصاب المحركة وبانتقال هذا التنبه الى جملتي الاعصاب الودية والرئوية المعدية ومنهما الى جميع الاعضاء والغدد .

❀ ❀ ❀

مطبوعات حديثة

السل وعلاجه

لمؤلفه الدكتور فيليب الشدياق

ان من يطالع هذا السفر الجليل يكبر الجهود الجبارة التي صرفها المؤلف القدير في وضع كتابه ويشكره الشكر الجزيل على اتحاف خزائن اللغة العربية بهذه القلادة الثمينة التي كانت خلواً منها قبله. فقد ألمَّ المؤلف بالموضوع من ألفه الى يائه وبحث في عصية السل وطرق مقاومتها، والسل الرئوي ومراحله الثلاث وانواع السل في اعضاء البدن الاخرى. وتكلم عن تأثير الاقليم في هذا الداء الجارف واسهب في المعالجة حتى لم يترك شاردة الا اتى بها. فجاء كتابه شاملاً جامعاً يستطيع من يطالعه ان يقف على جميع ما قيل في هذا الموضوع مستغنياً به عن مطالعة المؤلفات الغربية التي مع كثرة عددها لم تلمّ بهذا الموضوع من جميع نواحيه.

وقد طبع الكتاب طبعاً متقناً ووقع في ٣٣٦ صفحة من قطع الثمن الكبير وزين برسوم عديدة بديعة، وكتب بلغةٍ فصحى لا تشوبها شائبة حتى ان من يطالعه يشعر انه بازاء كاتب بليغ ملك ناصية اللغة فاطاعته منقادة اليه

واذا شئنا ان نظهر ما في هذا المؤلف من محاسن وما في ابحاثه من علم وما في لغته من طلاوة طال بنا الكلام فعلى من يرغب في الاستفادة ان يقتنيه ويزين به خزانة كتبه

وبما ان تقريظ الكتب يتألف من شقين يظهر المقرظ في الشق الاول منهما ما رآه في الكتاب الذي يقرظه من فوائد ومحاسن ويبين في الشق الثاني مابدا له فيه من امور تخالف اراءه او تنافي مقررات العلم الحاضر رغبت في ابداء بعض الملاحظات راجياً من حضرة الزميل الفاضل الا يحمل كلامي محمل النقد فانني لا اتوخى مما اكتب الا تمحيص الحقائق والتنبيه الى امور اظنها هفوات وقد اكون مخطئاً بها لان غايتي ، والله عليم بالنوايا ، ان يكون هذا المؤلف العربي البديع خالياً من كل شائبة وبعيداً عن كل هفوة وخطاٍ

ذكر المؤلف في بحث العدوى ان الملامسة والاقتراب من المسلول خطر اكيد وان الجرثوم يعيش زمناً طويلًا حتى في نور الشمس مع ان الامر كما يؤكد اكثر المؤلفين في يومنا على غير ذلك فان السراية بعد الطفولة نادرة وليس السل بعدها الا استيقاظ البؤرة الكامنة منذ الطفولة . ولهذا الامر شأنه الكبير على ما نرى وتأثيره الفعال في المجتمع فاذا ما زرعنا في عقول اهل المريض هذا المبدأ وحذرناهم هذا التحذير المخيف اضررنا بالمريض وصرفناهم عن جادة الصواب لانهم متى تصوروا ان مريضهم المسلول بؤرة خطر عليهم وعلى من يقترب منه اجتنبوه واهملوه وتحاشوا عنه ولم يخف عليه تصرفهم فيدب اليأس في قلبه وقد يفضي به الامر الى الانتحار مع ان اراء الاختصاصيين في يومنا تنافي ذلك والقاء نظرة على الازواج الذين عاشوا ردحاً من الزمن عيشة زوجية وظلوا في حرز حريز من الاصابة بالسل فلم يعدِ احدهم الآخر كافٍ لتأييد هذا الرأي . فقد دلت الاحصاءآت الدقيقة ان العدوى بين الازواج لا تتعدى ٣،٥ في المائة

فكيف نجيز لانفسنا بعد هذا وبعد ان نرى اطباء المصحات والمرضين والممرضات الذي يقضون معظم حياتهم فيها ولا يصابون بالسل ان نبشر بهذا المبدإ ونلقي الرعب في قلوب الناس ونخيفهم من عدوى هذا الداء الشديدة . وانني اذهب في بحثي الى ابعد من ذلك فاقول اننا جميعاً عائشون في بيئة موبؤة بالسل وبين اشخاص يجهلون انهم مسلولون بينهم البائع المتجول والطاهي والصانع ولا يصاب منا به الا عدد ضئيل مع ان اسباب العدوى متوفرة وكثيرة ولو ان ملامسة المسلول والاقتراب منه ينقلان الداء لما سلم شخص من غائلته . فالعدوى شديدة وخطرة في الطفولة واذا نجا الطفل المسلول من اصابته الاولى انقلب سله بوءرة كامنة منتهزاً الفرصة في سن الشباب والكهولة ليستيقظ ويبدو بشكل السل العادي فالعدوى بعد الطفولة داخلية ويندر ان تكون خارجية .

ويقول المؤلف في وراثة السل انه ينتقل دائماً بدخول الحمة الراشحة من خلال المشيمة الى الجنين مع ان اكثر المؤلفين يعدون هـذا الشكل من وراثة السل نادرة والطفل في حالة كهذه لا يعيش . واما انتقال السل الى الاطفال المولودين من اباء مسلولين فيتم بعد الولادة . ومكافحة هـذا الداء في بلدان العالم تقوم بابعاد الطفل عن ذويه وقد نتج عن هذه التدابير ان العدوى قلت كثيراً بين الولدان بيد انها لا تزال كثيرة حيث لا تراعى هذه القواعد فلو كانت العدوى تنتقل من خلال المشيمة كما يدعي المؤلف لما كان لهذا النوع من المكافحة اقل تأثير في وقاية الاطفال المولودين من اباء مسلولين .

واقتصر المؤلف في وصف سير السل على شكل سريري واحد هو السل الرئوي المعتاد (pulmonaire commune) وغير نكير ان هـذا الشكل اكثر ما يصادفه الطبيب غير انه لا يجوز لنا البتة ان نهمل اشكالاً اخرى عديدة هي اشد خطراً على المجتمع من هذا الشكل الذي يستطيع حتى غير الاطباء من الناس تشخيصه بسهولة بيد ان تلك اصعب تشخيصاً ولا يتجنبها الناس لجهلهم اياها نعني بها الاشكال المزمنة القصبية الليفية حيث ينفث المريض جراثيم المرض وذووه ومن يخالطونه غافلون عنه وقد حداني الى ابداء هـذه الملاحظة ذكر المؤلف لاشكال السل حتى النادرة : كسل الجلد والقلب والعين والاذن والخ . . مع ان بعضها يتعذر تشخيصه وليس في ذكره اقل فائدة عملية للعامة بيد ان السل الرئوي احرى بالدرس المسهب لانه الوباء الاجتماعي الجارف .

واجاز المؤلف اسقاط الجنين في المرأة المسلولة مع ان المؤلفين لم يتفقوا على مثل هذا التدبير بل ان اكثرهم يحرمه مشيراً بالمراقبة المسلحة وباجراء الريح الصدرية قبل الولادة او اثناء الحمل وممتنعاً عن احداث الاجهاض المنهك الذي يعرض المرأة لخطر العفونات والنزوف .

ويطلب المؤلف تأليف مجالس طبية في حكومات الشرق الادنى تقضي بتعقيم الانثى المسلولة ! ! لعمري ان في هذا الاقتراح ما يدعو الى الغرابة ايجوز لنا اقتراف مثل هذا الجرم الاجتماعي ؟ وهل ما يبرره والحالة كما ذكرنا عن ندرة الوراثة في السل ؟ ثم ان البلاد الغربية التي نقتفي اثرها بعد ان سبقتنا في مضمار العلوم لم تقرر مثل هذا التدبير الذي يخالف القوانين العادلة

واني اكرر هنا ما قلته في صدر هذا البحث وهو ان الغلو في ذكر عدوى السل وتخويف الناس من سرايته ووراثته قد يفضي الى عكس ما نتوخاه من مكافحته بطرق معقولة مشروعة حكيمة وينقلب ذعراً ورعباً وابتعاداً عن المريض الذي يرغب الزميل الفاضل في الحكم عليه وعلى ذويه حكماً جائراً لا مبرر له .

ويقول المؤلف ان السلعة الجحوظية (اي الغواتر) التي تتصف بزيادة مفرزات الدرق تخفف وتمنع اعراض السل مع ان الامر على عكس ذلك فان زيادة مفرزات الدرق تذكي سير السل وتجعله خطراً وقد ترافق سلعة جحوظيــة سير السل السريري فتعزى الى تحريش الذيفانات السلية للغدة الدرقية .

وقد تساءلت حين طالعت الفصل الخاص بسل الغدة النخامية ونظائر الدرق والغدة الصنوبرية والغدة التوتية عن وسائل التشخيص في مثل هذه الحالات وعن اعراضها ومعالجاتها ونتائجها وبعضها لا يكاد يدرك بالتشريح المرضي وعن الفائدة العملية من وصف هذه الاشكال .

ويقول المؤلف ان المبهور (المصاب بالبهر او الربو) تندر اصابته بالسل وقد سها عنه ان السل هو احد اسباب البهر ولا سيما الشكل الليفي منه اي ان البهر كثيراً ما يكون عرضاً لسل ليفي كامن .

ويقول اخيراً في بحث المداواة ان السل المعوي يضاد استطباب الريح الصدرية مع ان شفاء السل المعوي كثير الحدوث بعد معالجة الرئة المريضة بالريح الصدرية

هذا ما بدا لي من الملاحظات بعد مطالعة هذا المؤلف الماتع وقد رغبت في لفت انظار الزميل القدير الى هذه الهنات حتى اذا شاركني رأيي فيها عدلها في طبعته الثانية .

ولا تستحق هذه الهنات ان تدعى هفوات فهي اختلافات آراء بحسب المؤلفين تتبدل بتبدل الاشخاص والازمنة، والمؤلف حر باتباع ما يوافق رأيه منها غير انه اذا اتبع السائد من الاراء كان اقرب الى مجاراة الرأي العام

واني في الختام اوجه الى الزميل النشيط تهاني الصادقة بهذا المؤلف الثمين واحث الطلبة والزملاء الافاضل على اقتنائه راجياً ان يكثر اطباؤنا العرب من مثل هذه المنتوجات المفيدة التي تزيد في ثروة خزائن الكتب العربية .

الدكتور

بشير العظمه

❀❀❀

الجزء ٨ المجلد ١٣

مجلة المعهد الطبي العربي

دمشق في شباط سنة ١٩٣٩ م . الموافق لذي الحجة سنة ١٣٥٧ هـ .

الجمعية الطبية الجراحية بدمشق

جلسة الثلاثاء في ١٠ كانون الثاني سنة ١٩٣٩

قرئت فيها التقارير التالية :

١ً — العلماء رابو وعزة مريدن وصلاح الدين سبح — حادثة سهام وتناذر آرن دوشان : هي حادثة مريض دخل المستشفى العام لضمور عضلي في الاطراف العلويين والسفليين .

وقد بدأ ضمور الطرفين العلويين بتناذر آرن دوشان ودلت معاينة المريض انه مصاب بالسهام . واجتماع هذين المرضين امر نادر

المناقشة : العليم حسني سبح

٢ً — العليمان مرشد خاطر وشوكة القنواتي — حادثة التهاب وريد ازرق: هي حادثة مريض دخل المستشفى العام مصاباً بكسر الحوض العمود وبكسرين في نهايتي الكعبرتين السفليتين ورض الاحليل الذي نجم عنه اسر (انحباس

بول) تام وقد اسعف المريض بخزع مثانته ورد كسوره وتثبيتها فبدت في طرفه السفلي الايسر في اليوم الرابع اعراض دالة على التهاب الوريد ترافقها اعراض غنغرينة ناجمة عن تشنج الشريان المرافق او بعبارة اخرى ما يسمونه التهاب الوريد الازرق وقد بتر طرفه واثبت البتر هذا التشخيص . وهي الحادثة الاولى التي يصادفها المؤلفان بعد ممارسة جراحية لا تقل عن ٢٨ سنة

المناقشة : العلماء شابو ، لوسركل ، مرشد خاطر

٣ — للعلماء قنواتي ونصار وشورى — ثلاث مشاهدات عن جراحة الاعصاب :

استؤصلت في الحادثة الاولى الضفيرة بين الحرقفتين لمريضة مصابة بسرطان منتشر في عنق الرحم لا حيلة للجراحة فيه تخفيفاً لآلامها الحوضية الممضة

وفي الحادثة الثانية استؤصلت ثلاث عقد من السلسلة الودية القطنية في اليمين وبعد تسعة ايام استؤصلت ثلاث عقد ايضاً في اليسار لشخص مصاب بسرطان المستقيم كان قد ادمن المورفين لشدة آلامه فزالت آلامه بتاتاً بعد العملية وترك المورفين جانباً

والحادثة الثالثة هي استئصال الودي حول الشريان الفخذي لمريض كان مصاباً بغنغرينة الاصبع الثالثة من القدم اليمنى فدبت الحرارة في طرفه بعد برودته وزالت الغنغرينة واندمل جرحه .

فالحادثتان الاولى والثانية هما جراحة الألم والحادثة الثالثة هي معالجة فقر الدم الموضعي بالتأثير في الغمد الودي .

والجراح في هذه الحادثات الثلاث هو العليم لوسركل

٤ — العليم شابو : مقترحاته الجديدة بمناسبة استلامه مهام امانة السر العامة

وتتلخص بطبع اعمال الجمعية عن السنين الاربع الماضية في كتاب خاص
ثم طبع اعمال الجمعية في آخر كل سنة في كراس يصدر باللغتين العربية والفرنسية
وبرجائه من اعضاء الجمعية ان يدون كل منهم مناقشاته بيده ويسلمها الأمين
السر العام لتعلن خلاصة الجلسات كما هي . وقد انتخبت لجنة لدرس الاقتراح
الاول

م · خ ·

❀❀❀

سهام و تناذر آران دوشان

(Tabès et syndrome d' Aran-Duchenne)

للعلماء ترابو ومريدن وصلاح الدين سبح

مريض عمره ٢٢ سنة دخل المستشفى لضمور عضلي في الاطراف الاربعة العلويين والسفليين وقد بدأ ضمور الطرفين العلويين بتناذر آران دوشان ، واظهر فحص المريض انه مصاب بالسهام . وبما ان اجتماع هذين المرضين أمر نادر رغبنا في تقديم هذه المشاهدة لكم لما فيها من الفائدة

احمد بن محمود من مدينة يافا دخل المستشفى العام في اليوم الثاني من شهر كانون الاول سنة ١٩٣٨ . اصيب مرتين بالسيلان وابتلي ايضاً بقرحة صلبة لا تزال ندبتها ظاهرة منذ ٨ سنوات وقد عالجها بحقن الوريد بالنوفار وكرر هذه المعالجة مرة ثانية بعد سنة .

وقد استلفتت حالة الاطراف انظارنا في البدء : ففي الطرفين السفليين ضمور في القدمين : في العضلات الصغيرة الظهرية والاخمصية مع فقد (équinisme) فلجي اكثر وضوحاً في اليمين، واليدان مسطحتان والعضلات ما بين العظام والضرة والألية (thénar et hypothénar)ضامرة كلها وجملة اليد كيد القرد

وظهر بالفحص العام ان المنعكس الدابري (وتر آشيل) زائل وان المنعكسات الداغصية ناقصة وعلامة رومبرغ ايجابيـة مع كسل شديد في

المنعكسات الحدقية بازاء النور .

تفاعل واسرمان سلبي في الدم ، التفاعل الجاوي الغروي ايجابي خفيف في السائل الدماغي الشوكي وفي المنطقة الافرنجية . الحسيات سالمة كلها : اللمس والوخز والحرارة والبرودة ، ولكن المطابقة في الطرفين السفليين وبحركة وضع العقب على الركبة مضطربة . وكذلك المشي فهو مضطرب بدون ان تكون فيه صفة الجنب .

فالمريض مصاب بالسهام البادىء وبالضمور العضلي في النهايات الناجم عنه تناذر آران دوشان المضاعف في الطرفين العلويين .

* * *

قد يرافق فلج الاعصاب القحفية السهام ، وقد يصادف فالج شقي مرافق للسهام ايضاً ويكون الفالج آنئذٍ ناجماً عن اصابة الدماغ .

ان تناذر آران دوشان قد يحدث من اصابة العصبين المتوسط والزندي في آفات الجذور الخلفية ، هذه الآفات التي قد تحدث السهام ايضاً لان السبب في الحادثتين داء الافرنج ، ولكن ساحات العصبين المتوسط والزندي لم تكن مصابة في مريضنا اذ لم يظهر في المريض اقل اضطراب حسي برغم اختفاء التقلصات الليفية ويهيب بنا ذلك لان ننسب تناذر آران دوشان الى آفة في القرون الامامية تالية لالتهاب النخاع وهي آفة نادرة في السهام . وهذه الصفة الخاصة هي التي استحقت عندنا ان نوجه انظاركم وانظارنا اليها .

المناقشة ـ العليم حسني سبح : ان اجتماع تناذر آران دوشان والسهام

ليس نادراً ويدل على زهري نخاعي وقد ذكرته المؤلفات خلافاً لما ذكره الزملاء اصحاب المشاهدة . وقد جاء ذكره في الجزء الاول من مؤلفي « علم الامراض الباطنة » المطبوع منذ ثلاث سنوات . وارجح ان هذا التناذر يشير الى اصابة العليل بالافرنجي النخاعي فالمريض مصاب بالسهام وبالافرنجي النخاعي فقط

❀❀❀

حادثة التهاب وريد ازرق

(Un cas de phlébite bleue)

للعليمين مرشد خاطر وشوكة القنواتي

لما كان التهاب الوريد الازرق آفة نادرة وكان الحظ قد اسعدنا بمصادفة حادثة منها في المستشفى العام بدمشق رغبنا في نقلها الى الجمعية الطبية الجراحية لما فيها من الفائدة . واننا مع سردنا لهذه المشاهدة نلفت الانظار الى الصفات التي يمتاز بها هذا الالتهاب الازرق عن اخيه الالتهاب الابيض وعن الآفات الاخرى التي قد تلتبس به .

المشاهدة : في الساعة الحادية والعشرين من اليوم الثالث من تشرين الاول ١٩٣٨ نقل المدعو تيسير بن محي الدين الى المستشفى العام في عقب حادثة سيارة وقعت في السادسة عشرة من اليوم نفسه وبعد ان عاينه معاود شعبة الجراحة وراقبه بضع ساعات ورأى في حوضه علامات دالة على الكسر وفي الثلث السفلي من ساعديه تشوها دالاً على كسر نهايتي الكعبرتين السفليتين وفي حذاء احليله كدمة متسعة ناجمة عن كسر حوضته وبعد ان لاحظ اسرا (اي انحباس بول) تاماً في المريض وجرب القثطرة فخابت تجربته دعا احدنا الى اسعاف الجريح وخزع مثانته وتفجيرها .

جئنا المستشفى في الساعة الثانية من صباح اليوم الرابع اي بعد دخول المريض بخمس ساعات فرأينا شاباً في العشرين من سنيه قوي الجسم بدناً عايناه فرأينا في حذاء عظمي الحرقفيتين كدمات واسعة ناجمة عن كسر

الحوض المصاب به الذي اثبته الرسم الشعاعي حيث بدا في اليمين كسر عمود قد فصل عظمي العانة والورك ماراً قريباً من الحق وفي اليسار كسر آخر فصل عظم العانة وبدّله سالخاً منه شظية صغيرة ويرجح ان هذا الكسر الاخير او الكسرين معاً قد رضا الاحليل وحالا دون القثطرة . وقد رأينا ايضاً في حذاء جذر القضيب على الاحليل الخلفي كدمة ناجمة عن كسر الحوض الآنف الذكر . ووجدنا في نهايتي الساعدين السفليتين بعض التشوه ونقطتين مؤلمتين دالتين على كسر نهايتي الكعبرتين في اليمين واليسار وقد اثبت الرسم الشعاعي هذين الكسرين. وكانت المثانة ملأى بالبول ومتوسعة توسعاً كبيراً فجربنا القثطرة لافراغها فلم نجح فخزعنا مثانته وفجرناها فوق العانة وثبتنا حوضه برباط جسد واجرينا تمديداً متواصلاً على طرفيه السفليين وردّ كسرا كعبرتيه وثبتا في جهازين جبسيين .

مرت الايام الثلاثة الاولى فلم يطرأ اقل عارض او اختلاط على المريض كانت حرارته في اثنائها بين ٣٧ و٣٧،٣٠ ونبضه ٨٥ . وفي صباح اليوم الرابع اي في ٧ تشرين الاول ارتفعت حرارته فجأة الى ٣٩ وبلغ نبضه ١٢٠ وشكا ألماً مبرحاً في طرفه السفلي الأيسر منتشراً منذ جذره حتى نهايته بدون ان يكون له مقر معين فنزع التمديد المتواصل عنه ظاناً ان الالم ناشيء منه وانخفضت حرارة القدم فبدت باردة جداً بالنسبة الى الطرف المقابل الذي كانت حرارته مناسبة لحرارة الجسد العامة العالية واصطبغت اصابع القدم بلون بنفسجي وبدت زرقات في اسفل الساق وكان الجلد بينها شاحباً واصيب الطرف حينئذٍ بعجز تام وضعف الحس فيه حتى ان المريض

لم يكن قادراً على تحريك اصابعه . ولم تبد اقل وذمة او انتباج ولم يشعر منذ تلك الساعة بنبضات الشرايين « الظنبوبي الخلفي والظنبوبي الامامي والمأبضي والقدمي » ولم تحر التموجات في الساق او الفخذ للألم الذي كان مبرحاً .

فنزعنا التمديد المتواصل ولففنا الطرف بطبقة كثيفة من القطن وثبتناه في ميزابة بيكل وحقنا عضلات المريض بموسعات العروق (الانجيوكسيل) حبابتين في اليوم . وقد اخترنا هذا الموسع مع ان غيرنا قد استعمل الآساتيل كولين فلم تثمر هذه المعالجة ولم تحسن الاعراض العامة والموضعية اقل تحسن بل انها على العكس من ذلك اخذت تشتد فالحرارة ظلت متموجة بين ٣٩ و ٤٠ والنبض بين ١٢٠ و ١٣٠ وشحب لون المريض واعتراه ضجر وكان العرق البارد يبلل وجهه وازدادت برودة الطرف فبعد ان كانت منحصرة في القدم عمت الساق والفخذ واشبع لون الاصابع البنفسجي وانتشرت الترخمات حتى منتصف الفخذ وبدت فقاعات ملأى بمصل مدمى ماتت البشرة في حذائها وانطرحت تاركة ادمة معراة في بقع واسعة من الطرف وظهر اخيراً عند الثلث العلوي من الفخذ حد واضح يفصل الجزء السليم عن المريض كان الطرف فوقه طبيعي اللون ومنظر ما تحته شبيهاً بمنظر طرف مصاب بالغنغرينة . اما الوذمة فلم تبد مطلقاً ولم تظهر في الطرف اقل فرقعة غازية ولا اقل رائحة نتنة على الرغم من السطوح العارية الواسعة فيه . ولم يكن اللون البنفسجي متجانساً وشاملاً بل ان ترخمات كانت مرتسمة على وجه الطرف العلوي كما على وجهه السفلي يفصلها جلد يخيل انه سليم لو لا بعض الشحوب فيه .

كل هذا دعانا الى نفي الغنغرينة الغازية والغنغرينة بصمامة في الشريان الفخذي حيث البدء الفجائي بالألم المبرح وزوال النبضات الشريانية وهبوط الضغط الشرياني وبرودة الطرف والعجز الوظيفي واختلال الحس كل هذا واحد في كلتا الآفتين . غير ان لون الجلد الشمعي في الناحية الواقعة تحت الصمامة كثير الحدوث في انسداد الشريان بالصمامة خلافاً لما في مشاهدتنا واذا ازرقت النهايات في الصمامة الشريانية، وازرقاقها نادر، فلا تبدو الترخمات التي كانت واضحة كل الوضوح في مريضنا .

فاستناداً الى ما تقدم طرحنا جانباً الصمامة الشريانية واولينا وجهنا شطر التهاب الوريد الازرق وبما ان موسعات الاوعية لم تفض الى تحسين الحالة الموضعية وبما ان حالة المريض العامة كانت تسوء الساعة بعد الساعة قررنا بتر الطرف واجريناه في ٦ تشرين الاول ١٩٣٨ في الثلث العلوي من الفخذ وهذه هي النهاية التي افضى اليها مريضا غراغوار وبازي . فجاء البتر مثبتاً للتشخيص فان الشريان الفخذي كان متقفعاً في حذاء الخثرة الوريدية حتى ان قطره لم يكن يعادل نصف قطره الطبيعي وكانت نبضاته خفيفة لا يكاد يشعر بها والخثرة في الوريد والتشنج في الشريان الناجم عن ارتكاسه بازاء الالتهاب المنتشر اليه من الوريد هما العلامتان التشريحيتان المرضيتان اللتان يمتاز بهما التهاب الوريد الازرق . فاذا كان التهاب الوريد الابيض مرضاً متصفاً بانسداد الوريد فان التهاب الوريد الازرق يمتاز تشريحياً بانسداد الوريد وتشنج الشريان المرافق تشنجاً قد يفضي الى انسداده فلا عجب اذا مازيدت في هذا الالتهاب الازرق اعراض مماثلة لأعراض الغنغرينة بفقر

الدم الموضعي على التهاب الوريد الابيض واذا ما كان هذا الالتهاب الازرق اشد خطراً على الطرف وعلى الحياة ايضاً .

اما توابع العملية فكانت عادية بعد بتر الطرف فقد نجا المريض من الموت وترك المستشفى معافى .

اننا رغبنا في تقديم هذه المشاهدة للامور التالية :

١ ـ لأن التهاب الوريد الازرق آفة نادرة وهي المشاهدة الاولى التي صادفناها في سياق ممارستنا الجراحية التي لا تقل عن ٢٨ سنة.

٢ ـ لأن هذه المشاهدة كانت نموذجية فقد بدأت بألم مبرح منتشر في الطرف تلته برودة وزوال النبضان الشرياني ولون بنفسجي وتّرخمات ولان الوذمة لم تبدُ فيها مطلقاً . والوذمة في التهاب الوريد الازرق قد تغيب بتاتاً كما في مشاهدة كادنه ومشاهدتنا او يتأخر ظهورها او انها تبكر في الظهور كما في بعض من المشاهدات الاخرى خلافاً لما هي عليه في التهاب الوريد الابيض حيث تبكر في الظهور . ولأن تشنج الشريان كان واضحاً فيها كل الوضوح الى جانب الوريد المسدود بالخثرة .

المناقشة : العليم شابو : لهذه المشاهدة فائدة كبيرة فهي تبين صلة الاعصاب والشرايين بالاوردة الامر الذي استلفت انظار المؤلفين . وقد يتفاعل الشريان والوريد كل على حدة . والاضطرابات الشريانية في التهابات الاوردة امر مشهور بتأثير محركات العروق . وقد تكون هذه الانفعالات الشريانية خفيفة جداً لا يكاد يبدو اثرها وقد رأيت حادثة من هذا النوع فان امرأة ولدت واصيبت بالتهاب الوريد الابيض الخفيف وكانت الامها

شديدة لا مناسبة بينها وبين آفتها الظاهرة فعزوتها الى تفاعل الشريان وتشنجه وحقنتها بالاساتيل كولين فزالت الامها .

والمعالجات المقترحة في التهاب الوريد الازرق كثيرة فلتجرب قبل الالتجاء الى البتر ولو خابت ولو لجيء الى البتر في النهاية كما في معظم الحادثات التي اعلنت من هذا النوع منها كشف الشريان وحقن غمده بالكوكائين ومنها تجريد الشريان من غمده الودي وقطع الوريد الذي تكونت فيه الخثرة وغير ذلك . واذكر بهذه المناسبة حادثة جندي سنغالي اصيب بجرح رضي في ناحية المرفق ثم تورم طرفه فظننته مصاباً بفلغمون منتشر فشققته واذا بي أرى الاوردة والشرايين والاعصاب غائصة في الصديد فاستأصلت قطعة كبيرة من الوريد الذي تخثر فيه الدم فلم تفد معالجتي بل ان الغنغرينة بدت في الطرف بعد ذلك فبترته ثم بدت الاعراض نفسها في الطرف العلوي الثاني فلم ابتره وقضى المريض اخيراً نحبه بانسمام الدم .

العليم لوسركل : اسأل الزميلين عما اذا كان الخثور عاماً في الوريد وعما اذا كان حده العلوي موافقاً لتشنج الشريان

العليم مرشد خاطر : كان الخثور منتشراً حتى في الوريدات الصغيرة وكان حده العلوي موافقاً للتلم الذي ظهر على الجلد وكان تشنج الشريان مناسباً لخثرة الوريد .

* * *

ثلاث مشاهدات حديثة عن جراحة الاعصاب

جمعت في المستشفى العام تقدمها لحضرات اعضاء
الجمعية الطبية الجراحية وهي وان لم تشتمل على
النتائج البعيدة جديرة بالاعتبار

للاستاذ لوسركل والعلماء قنواتي ونصار وشورى

المشاهدة الاولى الامرأة حليمة في الخامسة والخمسين من عمرها مصابة بسرطان منتشر لا يستأصل في عنق الرحم . دخلت المستشفى لآلام حوضية لا تطاق .

وقد عولجت باشعة الراديوم في المؤسسة الخاصة في بيروت في شهر تشرين الثاني من السنة ١٩٣٧ فلم تستفد وحرمت النوم منذ سنة تقريباً الا انها لم تستعمل اقل مخدر .

وفي ٣ كانون الاول من السنة ١٩٣٨ استؤصلت ضفيرتها بين الحرقفتين (العصب قرب العجز) فتلاشت الآلام في مساء اليوم نفسه ونامت المبضوعة وفي ١٩ كانون الاول تركت المستشفى وقد تخلصت من آلامها الحوضية ولم تكن تشكو الا ثقلاً مبهماً ووعكة سببها سوء حالتها العامة .

المشاهدة الثانية : المريض ابو صالح عمره ٥٨ سنة مصاب بسرطان في الشرج منيع على الجراحة فتح له الاستاذ غوسه منذ سنة ونصف سنة شرجا حرقفياً نهائياً . دخل المستشفى في ٤ كانون الاول من السنة ١٩٣٨ لآلام حوضية لا تطاق .

عولج المريض منذ سنة بالراديوم في المؤسسة الخاصة في بيروت فبقيت المعالجة بدون تأثير في الألم وقد دفعه الأرق الى ادمان المورفين حتى وصلت به الحال الى حقن نفسه بستة سانتيغرامات منه في اليوم .

حقنا في البدء سلاسله الودية القطنية بمحلول نوفوكائيني نسبته ٢ ٪ فحصلنا على نتيجة غير كافية . بيد ان نقص الألم الوقتي اوحى الينا ان نستأصل السلاسل الودية القطنية .

وفي ٨ كانون الاول من السنة ١٩٣٨ اجرينا هذه العملية في الجهة اليمنى (استئصال ثلاث عقد) فكانت النتائج محسوسة (وقد قدر المريض نقص ألمه بخمسين في المائة) وهذا ما شجعنا على اكمال المعالجة في الجهة الثانية فاستأصلنا الودي في الجهة اليسرى في ١٧ كانون الاول .

خفت آلام المريض الا ان ادمانه المورفين اجبرنا على اعطائه في البدء سنتيغرامين من الاوكودال في اليوم وقد انقص هذا المقدار تدريجياً حتى الصفر

وفي ٢ كانون الثاني من السنة ١٩٣٩ امتنع المريض عن اخذ اي مخدر ونهض وعاد نومه هادئاً لولا بعض ضجر يحدثه فيه قطع المورفين . وغابت الآلام اما نتائج العملية فقد عرقلها احتقان رئة بسيط لم يلبث ان شفي ونهض المريض بعده وهو يستعد لمغادرة المستشفى ويظهر الآن انه ابطل ادمان المخدرات ولم تعاوده الآلام فزال ارقه وغدت قواه المعنوية حسنة حتى انه بات يعتقد انه قد شفي شفاء تاماً .

المشاهدة الثالثة : المريض محمد آغا عمره ٦٠ عاماً كحولي ومتصلبة شرايينه دخل المستشفى لغنغرينة آخذة في السير في الاصبع الثالثة لقدمه اليمنى وظهرها

وقد بدا ثلم الانطراح على ظهر القدم في حذاء الثلث المتوسط للمشط الثالث وبعد ان اتى تفاعل واسرمان على الدم سلبياً كما اتى فحص البول سلبياً ايضاً اجريت للمريض عملية استئصال الودي حول الشريان الفخذي بطول ١٥ سم تقريباً في ١٧ كانون الاول من السنة ٩٣٨ فدبت الحرارة في الطرف حالاً وزال الثلم وانطفأت الغنغرينة ثم عادت تندمل لجرح في ظهر القدم وعاشت الاصبع بعد ان كادت تنطرح . وبقيت حرارة الطرف المنزوع اعلى من حرارة الطرف السليم طيلة عشرة ايام (الحرارة باللمس) وما زالت كذلك .

الضغط بعد العملية : في الطرف السليم ١٥ — ٨ وفي الطرف المريض ١٤ — ٨

المشعر الاهتزازي: في الطرف السليم ٤،٥ وفي الطرف المريض ٥

المناقشة العليم شابو : ذكرتم الضغط والمشعر الاهتزازي بعد العملية وقد سهوتم عن ذكرهما قبلها افكانا اخف مما ذكرتما ؟

العليم قنواتي :اننا سهونا تماماً عن قياسهما قبل العملية .

كلمة امين السر العام

ايها السادة

انني بعد استلامي المكان الذي شغر باعتزال العليم اسعد الحكيم لهذا المنصب لا يسعني الا ان اشكركم جميعاً من صميم قلبي على ما اوليتموني من شرف ، بانتخابي اميناً عاماً لجمعيتكم . وانني اعدكم بانني سابذل كل ما استطيع

من جهد للقيام بما عهدتم به الي لقد شرفتموني بثقتكم فعسى الا اخيبها ، وان احفظ لجمعيتنا المقام الرفيع الذي اوصلتموها اليه .

فعلينا ان نوحد جهودنا ، وان يعمل كل منا لانهاض هذه الجمعية وانني باسمها اشكركم مقدماً عن التقارير العلمية التي ستقدمونها وعن تلبية الاقتراحات التي سأطرحها امامكم للبحث فيها :

لقد احتفلتم في الاجتماع الماضي بمرور اربعة اعوام على حياة الجمعية ، فمجدتم اعمالها ، تلك الاعمال التي لم اجد لها الآن اقل اثر لسوء الحظ . ان نائب رئيسنا الاستاذ مرشد خاطر والاستاذ ترابو الذي كانت له اليد الطولى في تأسيس هذه الجمعية قد قاما بطبع المشاهدات المختلفة التي قدمت الى الجمعية باللغتين العربية والفرنسية في مجلة المعهد الطبي العربي وفي مجلة امراض البلاد الحارة التي تطبع باللغة الفرنسية غير ان هذه الاجزاء التي نشرت فيها هذه المشاهدات لم تحفظ في ربائدنا ، افلا تظنون والحالة هذه ان اقتناء المجلات جميعها وحفظها امر واجب .

بل انني اذهب باقتراحي الى مدى ابعد فاقترح تأسيس نشرة باسم الجمعية الطبية الجراحية بدمشق تحمل الى سائر البلدان العربية والفرنسية صوت جمعيتكم ، واظن ان عددين او عدداً واحداً في السنة كاف في الوقت الحاضر فنكون قد وضعنا الحجر الاول من بنياننا ، وقد رأيت من الاستاذ مرشد خاطر رغبة في اسداء هذه الخدمة الى جمعيتنا لقاء مصروف زهيد ، فهل تأذنون بانتخاب لجنة لدرس الوسائل الموصلة الى تحقيق هذا المشروع .

ثم ان الغاية من كل جمعية علمية هي مداولة الاراء والمناقشة تمحيصاً

للحقائق وان حياة الجمعية تطول متى تمكن كل من اعضاؤها من التصريح بارائه بملء الحرية . ولما كانت التمارير المقدمة للجمعية موضوعاً للجدل والمناقشة وكان تدوين كل رأي امراً واجباً وكان نشره كما نطق به صاحبه ضرورياً وكان تلخيص امين السر له يسيء الى معناه فانني اقترح تسهيلاً لعمل الكتومين ان تتكرموا باعطائي في نهاية كل جلسة خلاصة الآراء والمناقشات التي تبدونها حرصاً على صحتها حين التسجيل .

واختم كلامي كما ابتدأته بشكركم مرة ثانية راجيا منكم شد ازري لنجاح الجمعية وازدهارها .

وقد قررت الجمعية تلبية اقتراحات امين السر العام وشكرته عليها وعينت لجنة مؤلفة من امناء السر العامين العلماء ترابو واسعد الحكيم وشابو ومن العليين مرشد خاطر وشوكة القنواتي لدرس الموضوع وتقديم تقرير للجمعية في جلستها المقبلة عن نفقات الطبع .

❀❀❀

الداآن السكري و الافرنجي

(syphilis et Diabète)

للعليم حسني سبح

مقال القاه الاستاذ الموماً اليه في مؤتمر
الجمعية الطبية المصرية المنعقد في القاهرة
(المجلة)

ان مصاحبة الداء السكري للداء الافرنجي ونصيب الثاني في احداث الاول من الامور التي اثارت جدلاً عنيفاً بين مشاهير الاطباء في مختلف الاقطار ، فمنهم من يذهب مغالياً الى اثر الداء الافرنجي الغالب في احداث الداء السكري ، على عكس سواهم الذين ينكرون هذا الاثر انكاراً يكاد يكون مطلقاً .

وان اختلاف وجهة النظر المذكورة قد حملني على اثارة هذا الموضوع في مؤتمركم الزاهر مستنيراً بآراء الزملاء الافاضل ومستمعاً اقوال اطباء الشرق العربي بعد ما سمعنا اقوال زملائهم في الغرب .

ولقد اتيح لي في السنتين الاخيرتين جمع خمس مشاهدات ثبتت فيها عندي مصاحبة الداءين بين ٦٧ مشاهدة لم ار المصاحبة المذكورة ، واني اقرّ منذ الآن مشاهداتي الخمس لم تجمع البراهين كلها للاثبات ولا للنفي ولا سيما من الوجهة التشريحية المرضية اذ ينقصها ان اصحابها

احياء وما استندت اليه فيها هو الوجهتان السريرية والعلاجية فقط ، واري قبل تلخيص مشاهداتي ان اذكر نبذة قصيرة عن انشطار الرأي الطبي في هذا الشأن شطرين معاكسين كل المعاكسة ثم أبدي استنتاجي .

لعل لوده(Leudet)اول من قال في السنة١٨٥٧ بالمنشا الافرنجي لبعض أدواء السكر بعد ان شاهد مريضاً مصاباً بالداء الافرنجي اعتراه في ما بعد الداء السكري ووجد بعد موته علامات التهاب السحايا القاعدية في دماغه.

وذهب فيريش (Ferichs) عاداً الداء الافرنجي اكثر الادواء العامة في احداث الداء السكري ويقول شني(Schnee) مغالياً ان جميع حوادث الداء السكري ناجمة عن الداء الافرنجي الاولي ، كما ان فورنيه (Fournier) الطبيب الفرنسي الشهير في الامراض الزهرية عدّ الداء السكري بين العلل الافرنجية البعيدة (parasyphilis)

وعلى نقيض هؤلاء من يذهب مخالفاً ككانتاني (Cantani) وموشو (Mouchot) وليون (Lion)ومورو (Moreau) ولابين (Lépine) ويلياس (Williams) وجوسلن (Joslin) ومارسل لابه (Marcel Labbé) وراتري (Rathery) وسواهم . فهؤلاء مع اقرارهم بامكان احداث الداء الافرنجي للداء السكري احياناً لا يذهبون الى عدّ الاول بين الاسباب الغالبة في الثاني .

واليكم موجز مشاهداتي الشخصية في هذا الشأن .

١ – ح .أ. – من سكان دمشق والبالغ من العمر ٥٧ سنة مصاب بالداء السكري منذ عشر سنوات وبدا فيه قبل سنتين الداء الثاقب في قدميه

فعولج من اجله المعالجة الجراحية مع اتباع التدبير الطعامي اللازم ومداواة الداء السكري. ارساله الي طبيبه مستشيراً اياي بخصوص دائه الثاقب واستعصائه على المداواة . فلدى فحصه وجدت فيه ضموراً في الكبد يبلغ اصبعين وعلامة رجايل روبرتسون وزوال المنعكسات الوترية من الطرفين السفليين ، اجري له ارتكاس واسرمان فجاء ايجابياً اشرت على طبيبه باشراك المعالجة النوعية بمعالجة الداء السكري بحقنه بمركبات البزموت ثم الزئبق فالمركبات الارسينيقية . فكانت النتيجة ان تحسنت حالته العامة تحسناً بيناً وزال الضمور من كبده واندمل الداء الثاقب في احدى قدميه وبقي في الثانية مع بعض التحسن . ثم ترك العليل المداواة ستة اشهر اختفى في خلالها كل اثر للسكر وازداد وزنه خمسة كيلوات ، غير ان الداء الثاقب الباقي في قدمه اليمنى سرى اليه الالتهاب اخيراً وارتفعت حرارة العليل وبدت الغنغرينة في احدى اصابع قدميه وعاوده السكر مع الحلون (acétone) دعيت الى المشاورة فاشرت بتطبيق المعالجة النوعية مرة ثانية مع الحقن بالانسولين وموسعات الاوعية ، فاقتصرت الغنغرينة على اصابة اصبع واحدة بترت وانتهى الامر بها ثم خف الداء الثاقب واندمل ببطء اما السكر فهو يظهر تارة ويزول اخرى .

وقد فحصت زوجة العليل فوجدتها مصابة بالداء السكري ايضاً واوصيتها بالمداواة المختلطة .

٢ - ع . ح . من سكان دير الزور يبلغ من العمر ٥٦ سنة مصاب بالداء السكري منذ خمس عشرة سنة ولا يذكر انه اصيب بالداء الافرنجي مطلقاً

راجعني في صيف السنة الماضية للدمامل الكثيرة المنتشرة في بدنه والتي تلازمه منذ ثلاث سنوات بدون ان تتأثر بمداواة الداء السكري ولا بالحمية الشديدة . لم اجد في فحص بدنه ما يستدعي الانتباه اوصيته باللقاح وبمركبات السولفاميد مع زيادة مقدار الانسولين . غير ان زوجته التي راجعتني بعد ايام قلائل وجدتها مصابة بالتهاب الابهر (aortite)فطلبت الى الزوج اجراء ارتكاس واسرمان فاتت النتيجة ايجابية في كليهما واوصيته بالمداوة النوعية التي كان لها الاثر الحسن في ازالة الدمامل بعد ثلاثة اسابيع ولم يعد يراها منذ ذلك الحين . اما السكر فانه زال من بوله غير انه عاوده بكمية زائدة في عقب وفاة زوجته وحزنه عليها مع انه لم يقطع المعالجة الموصى بها .

٣ ــ أ . خ . من سكان دمشق عمره ٤٥ سنة مصاب بالداء السكري منذ خمس سنوات وبدت فيه الدمامل منذ ثلاثة اشهر بدون ان تتأثر من شتى الادوية التي استعملها عند مختلف الاطباء . راجعني في السنة الماضية من اجلها ومن اجل وهن عام اعتراه قبل اسابيع . لم اجد في سوابقه سوى اصابته بالبرداء قبل عشر سنين وأقر باصابته بالقرحة التي عولج من اجلها قبل ١٢ سنة معالجة ناقصة . . اجري له ارتكاس واسرمان فكانت نتيجته ايجابية عولج المعالجة النوعية بمركبات الزئبق والبزموت فتحسنت حاله العامة وغابت الدمامل وزال منه السكر الذي ظل غائباً ثلاثة اشهر استطاع العليل خلالها ان يتغذى الغذاء المعتاد وغاب عني غير اني اخبرت من اقاربه ان صحته جيدة .

٤ ــ ج . خ . من سكان بغداد عمره ٣٨ سنة مصاب بالداء السكري منذ

٧ سنين . اتى مستشفياً من ضعف ألم في طرفيه السفليين ، وفي سوابقه اصابة بالداء الافرنجي قبل عشر سنين عولج من اجلة معالجة ناقصة . ولدى فحصه وجدته مصاباً بالتهاب الاعصاب العديدة(polynévrite)مع زوال المنعكسات الوترية من الطرفين السفليين،وابدى البزل القطني ازدياد الآحين(٠،٤٥)مع عشر خلايا لنفاوية(lymphocytes)في الميليمتر المكعب وكان ارتكاس واسرمان في الدم وفي السائل الدماغي الشوكي ايجابياً . عالجته المعالجة النوعية بملاح البزموت والفيتامين ب (B) وبالانسولين بروتامين فزالت عنه عوارض الضعف وتحسنت حالته تحسناً بيناً واوصيته بمتابعة المعالجة السالفة وقد اخبرني منذ اشهر ان غاب السكر عنه تماماً وانه غدا يأكل جميع المآكل بدون ان يتأذى او يظهر السكر في بوله .

٥ً ـ ن . م . من سكان حماه تبلغ من العمر ٤٢ سنة متزوجة ولها خمسة اولاد ومات لها ثلاثة واجهضت مرتين اصيبت بالداء السكري قبل ثماني سنوات وظهرت عوارضه لديها في اثناء الحمل ، وكمية السكر كانت تختلف بين ٦٠ و ٧٠ غراما ومقدار السكر في الدم كان يختلف بين ٢،٢٠ و ٢،٥٠ اتتني مستشفية من ضعف في بصرها اخذ يزداد منذ اشهر وراجعت من اجله كحالين وجدا في عينيها علامات الضمور في العصبين البصريين واشارا عليها بمراجعة اخصائي بامراض الجملة العصبية . فلدى فحصها لم اجد في مجموعها العصبي ولا في بدنها اي خلل ما عدا القصور الابهري البين والضغط الذي كان ٢٢ ـ ٨ ، اجري لها ارتكاس واسرمان فجاء ايجابياً . اوصيتها بالمعالجة النوعية بملاح الزئبق والبزموت فتحسنت حالها وزال السكر من بولها

بينما كان ملازماً اياها وقل ان ينقطع عنها بالمداواة ولا بالحمية .

ان ما استنتجه من هذه المشاهدات الخمس هو ما يلي :

١ ـ ان المعالجة النوعية في هؤلاء المرضى قد انتجت نتيجة حسنة مع زيادتها التحمل لماءات الكربون بوضوح . استطاع اولئك معه تناول اغذية طالما منعوا عنها وهو مطابق كل المطابقة الى ما ذهب اليه روزنبلوم (Rosenbloom) وعلى عكس ما ر ه ماسون (Masson) ان المداواة النوعية في هذه الحال تنقص التحمل لماءات الكربون ولاسيا بالارسينوبنزول (arsénobenzol) .

٢ ـ يغلب للظن في هذه المشاهدات ان الامر فيها كان عبارة عن مصاحبة بسيطة وهي لا تسوغ الاستنتاج بان الداء الافرنجي السبب الرئيس في احداث الداء السكري اذ ينبغي لمثل هذا الاستنتاج لكي يصح ان يبنى على الفحص التشريحي المرضي على ان الابحاث التشريحية المرضية في هذا الشأن قليلة جداً والكلمة غير مجمعة على صلة احد الداءين بالآخر ومشاهدة ستاينهوس (Steinhaus) فريدة في بابها اذ لاحظ صموغ الكبد وتصلب البانكرياس واصابة شرايينها بالالتهاب الساد (artérite oblitérante) وشاهد لوده (Leudet) آفات السحايا المزمنة في قاعدة الدماغ والآفات الافرنجية في البصلة وبدت لكارنو (Carnot) وهارفيه (Harvier) الآفة الصمغية في البانكرياس مع التهاب الشريان الساد. ومنهم من شاهد نقيض ذلك اي ان الشخص لم يبدِ في اثناء حياته اي اثر للداء السكري وبدا في فتح جثته التهاب البانكرياس المزمن وعولج هذا التفاوت بضخامة جذيرات لانغرهانس (Langerhans) ضخامة معاوضة .

٣ ـ ان مشاهداتي الخمس التي اوجزتها امام حضراتكم كان ارتكاس واسرمان فيها ايجابياً تقابلها سبع وستون حادثة للداء السكري لم تثبت لي فيها مصاحبة الداء الافرنجي ولا ايجابية الارتكاس المذكور فنسبة هذه المشاركة اذن ٦ ٪ وهي دون ٨ ٪ النسبة التي ذكرها هالر ووالكير (Haller et Walker) و ٥١ ، ١١ ٪ النسبة التي اوردها روزنبلوم (Rosenbloom) وفوق المعدل الوسطي ٥ ٪ واقل من نسبة ايجابية الارتكاس الشائعة في البلاد المتمدنة وهي ٢٠ ٪.

٤ ـ لم يتح لي كشف اي أثر للداء الافرنجي الارثي بين هذه المشاهدات غير انني اذكر مشاهدتين احداهما في طفل يبلغ من العمر ٣ سنوات والثانية في يافع عمره ١٦ سنة وان المعالجات النوعية التي اجريت بعد اخفاق المعالجة الاعتيادية لم تثمر اية ثمرة بينة .

وصفوة القول اني لا اميل شخصياً الى عزو الداء السكري في الكهول الى الداء الافرنجي والمشاهدات التي اوردتها تؤيد امر المصاحبة البسيطة التي يجوز فيها ان يكون الداء الافرنجي سبباً في احداث آفات سطحية في شرايين البنكرياس او التهاباً في البنكرياس او التهاب البانكرياس المزمن .

واني الفت انظار الزملاء الافاضل الى وجوب تحري الداء الافرنجي في كل مصاب بالداء السكري حتى اذا ثبت كانت المعالجة النوعية خير واسطة لتخفيف وطأة المرضين معاً . ولعلهم يدلون بآرائهم في هذا الشأن لينيروا هذه النقطة التي لم تزل غامضة في الطب .

❀❀❀

مؤتمر الجراحة الفرنسي السابع والاربعون

١ معالجة كسور الفقار المغلقة الحديثة

لخصها العليم مرشد خاطر

قدم شاربونال (من بوردو) واندره سيكار (من باريس) هذا التقرير للمؤتمر الجراحي الفرنسي السابع والاربعين وقد خصصا بضع صفحات من بحثهما بالاعتناءآت الاولى بهولاء الجرحى وطرق نقلهم ولفتا الانظار الى الاخطار التي تنشأ من التحريك المبتسر والى ضرورة تعليم الشعب هذه الامور كما عُلّم طرق الاسعافات الاولى للغرقى والمختنقين .

ثم ذكرا بالاشتراك مع بورشه القواعد التي يجب اتباعها للحصول على رسم الفقار الحسن كيف لا والمعالجة الواجب اتباعها ونتيجتها تابعان لحسن الرسمين الشعاعيين الجبهي والجانبي ولاتقان قراءتهما وتعيين آفات العظم بدقة .

ويقسم هذا التقرير قسمين :

معالجة الكسور الخالية من الاضطرابات العصبية ، وقد بحث فيه شاربونال . ومعالجة الكسور مع تشوشات عصبية وقد بحث فيه اندره سيكار

أ — معالجة الكسور الخالية من الاضطرابات العصبية :

تختلف بحسب مقرها . والطرائق المستعملة فيها غير جراحية وجراحية .

الطرائق غير الجراحية : نذكر منها طريقة اريش بالحقن بالمواد المخدرة

(وهذه الطريقة وظيفية فقط ولا ينظر فيها الى رد الكسر او تثبيته)
وطريقة الرد والتثبيت بالجبس التي تتلوها التمرينات المنظمة ، وهي طريقة بوهلر الدرسية التي يستطاع اجراؤهـا بالاضطجاع على البطن كما اشار واضعها او ، وهذا افضل ، بالاضطجاع على الظهر كما يصنع الكثيرون . ويجوز اجراء التمديد المتواصل قبلها ولا سيما اذا تشابكت النواتىء الفقارية

الطرائق الجراحية :وهي الرد الجراحي في بعض من الحالات الصعبة والضبط (بالخياطة باسلاك معدنية او ، وهذا افضل ، بطعم البي او هيبس الذي يستعمله معظم الجراحين)

وبعد ان تكلم المؤلف باسهاب عن هذه الطرائق بحث في :

الاستطبابات والنتائج

١ً — في الكسور الظهرية السفلى والقطنية: ان كسور الاجوزة (trabécules) التي لاتشخص في الغالب قد تشفى غير تاركة عقابيل (sequelles) تذكر ولكنهـا مع ذلك السبب الاكبر في قصور الفقار الثانوي ، فاذا ما عرفت وشخصت تشخيصاً باكراً كان النجاح حليف معالجتها ولا يستطاع هذا الا بالرسوم الجيدة .

وكثير هم الجراحون الذين لا يردون الكسر في هـذه الحالات بل يتركون جرحاهم مضطجعين على سطح صلب زهاء شهرين ثم يلبسونهم مشداً خفيفاً والبعض منهم يثبت الكسر بمشد جبسي ويجيز المشي السريع ويحقن لريش بمحلول مخدر ، ويصنع ماغنوس معالجة وظيفية صرفة ويشير بوهلر بصنع بزخ خفيف والنتائج حسنة في جميع هـذه الطرائق على ان

يراقب الجريح مراقبة حسنة . وانه ليصعب تعيين استطبابات خاصة لكل من هذه المعالجات . ويظهر ان التطعيم الباكر في هذه الكسور امر فضولي واذا كسرت الاقراص في الوقت نفسه يستحسن تمديد المعالجة .

والكسور تكوماً (par tassement) هي اكثر الكسور حدوثاً ويستطاع استناداً الى ٢١٧ مشاهدة استنتاج الامور التالية :

ان طريقة الرد في وضعة بزخ مغالى فيه ناجحة نجاحاً مؤكداً على ان يبادر الى صنعها وان يعتنى باعادة محور الفقار العمود الى حالته الطبيعية وليس ضرورياً ان ترد الفقرة رداً حسناً بل يجب ان يحاذى سطحاها العلوي والسفلي فليكن الرد توازنياً اكثر منه تشريحياً .

ويجوز اضجاع المريض على ظهره او بطنه بحسب الحالة ويظهر ان الوضعة الظهرية افضل . ولم تظهر عوارض عصبية خطرة ناجمة عن هذه الطريقة

والمعالجة الوظيفية حسنة في الفتيان والمكتنزي العضلات ويجب ان تكون لطيفة ومعتدلة في المسنين المصابين بكسور خطرة متى اصيبت الاقراص في الوقت نفسه .

ومدة التثبيت مناسبة دائماً لدرجة الكسر وعمر المكسور فالسريريات والرسوم الشعاعية تعين زمن اندمال الكسر .

وطريقة ماغنوس التي يحسن اشراكها مع الحقن المخدرة حسنة في الكسور حيث التكوم الخفيف ينحصر في فقرة واحدة اذا استطيعت مراقبة الجريح ولا يشار بها في الكسور الخطرة .

واما طرائق التثبيت المديد الدرسية اولاً في السرير ثم في جهاز فليست

مستعملة الا حيث لا يستطاع استعمال الطرائق الآنفة الذكر (كسور عديدة ، كسور الطرفين السفليين) فمتى استعملت وجب تقريبها ما امكن من الطرائق المتقدمة .

ويظهر ان الطعم العظمي الذي يخيل انه يعوق الطرائق الدرسية (بتقصير مدة المعالجة واتقان التثبيت) يخسر حسناته بازاء طريقة بوهلر التي تفوق نتائجها نتائجه .

وافضل ما يصنع هو اشتراك الطعم الباكر مع رد في وضعة بزخ مغالى فيه ومعالجة وظيفية . يجتنب بهذه الطريقة الانخماص الثانوي الممكن الحدوث ويختصر وقت المعالجة ويرد الكسر ويسمح للمريض بالمشي السريع .

وليس سبب الانخماصات الثانوية الخطرة الطريقة نفسها كما يدعي ماغنوس وروستوك بل سوء استعمالها ونقص مراقبة الجريح والتثبيت الناقص فاذا ما استعملت طريقة بوهلر جيداً كانت كافية في الكسور القطنية .

النتيجة ان الطعم الباكر لا يستعمل الا في الكسور المفتتة وانسحان جسم فقري وانكسار اجسام فقرية معه ، وفي الكسور الشديدة الانحراف التي تتزلق الى الامام بسرعة والجريح مثبت في الجبس وفي الخلوع والكسور معاً بدون اضطرابات عصبية متى خابت طرائق التجبير ولم يرغب في الرد الجراحي .

وقد يشار به ايضاً في بعض من الحالات لاكمال الرد (اشخاص ضعفاء العضلات ، مهن شاقة ، آفات الاقراص الخطرة والخ . . .) وقد انهى المقرر هذا البحث ببعض الاستطبابات الخاصة : كسور القوس الخلفية ، كسور

وخلوع صعبة الرد ، كسر الخامسة القطنية وهو كسر خاص قد يفضي بانسحاق القرص القطني المعجزي الجسيم الى جزرات (lumbagos) وعصابات وركية ثانوية مستعصيه .

ويشار بالرد في وضعة بزخ او احديداب بحسب ما يكون الجزء المنسحق من الفقرة قسمها الامامي أو الخلفي .

٢ — في الكسور الظهرية المتوسطة والعالية : حيث العمود اقل تحركاً واجسام الفقار امتن والاقراص أرق والعضلات اصغر وحيث لا بزخ طبيعي بل احديداب طويل اضف الى ذلك ان القفص الصدري يقي العمود الظهري وقد ينكسر معه . فلا عجب اذا كانت الكسور الظهرية اقل حدوثاً من الكسور الظهرية القطنية . واذا كانت التفككات (dislocations) فيها نادرة واذا كان الكسر كناية عن تكوم (tassement) فقط .

فالاضطجاع الظهري هو الوضع الناجع ، للاسباب التي ذكرناها في انقاص انحناء الاحديداب الطبيعي ، واصلاح التبدل أصعب حتى ان الاصلاح التام متعذر ولا حاجة اليه لان النتائج الوظيفية البعيدة خير من النتائج التشريحية والتثبيت في الجبس واجب اربعة الى خمسة اشهر .

٣ — في الكسور العنقية : (من الثالثة الى السابعة): هي اكثر حدوثاً مما كان يظن ويحث المقرر في استطبابات الطرائق الجراحية وغير الجراحية ويستنتج من درس ٣٦ حادثة ان طريقة التمديد المتواصل مع اجراء بعض الحركات توصلًا الى الرد هي أفضل الطرق ، ولتجتنب كل حركة عنيفة لانها تفضي الى خطر محقق وخير للجريح أن لا يرد كسره رداً حسناً من

ان يتعرض لهذا الخطر كيف لا وشفاء كثير من هـذه الكسور بالتثبيت حتى بدون ادنى معالجة دليل على وجوب الامتناع عن كل رد عنيف .

وتصنع رسوم شعاعية لمراقبة الرد وغيبة التبدلات الثانوية لان الخوف من التزلقات الثانوية هو المعضلة السائدة في معالجة الكسور العنقية . فانها لم تصادف فقط في الكسور التي لم تشخص ولم تعالج بل في الكسور البسيطة المشخصة وفي الكسور المردودة جيداً والمثبتة بمينارفا . فقد ذكر سوتوهال خمسة فلوج ثانوية من ١٧ كسراً عنقياً مردوداً . وقـد تشل الاطراف الاربعة ويكون الموت نهاية هذه الكسور الخطرة .

ومتى لم يرد الكسر :

أ — يكتفي البعض بالتثبيت الطويل الحسن ومراقبة الكسر بالرسوم الشعاعية حتى اذا بدت علامات تزلق ثانوي او اضطرابات جذعية لجيء الى التطعيم .

ب — ويشير البعض الآخر بالتطعيم منذ البدء غير منتظر ظهور هذه العوارض ويثبت الكسر بعد العملية بمينارفا اسبوعين الى ثلاثة اسابيع .

ج — ويبادر بعض من الاميركيين الى التوسط الذي يراد منه الرد الجراحي فالتثبيت .

ولا مشاحة ان التطعيم الباكر في الكسور العنقية غير المردودة ولاسيما المردودة مسألة فيها نظر فان الحوادث الكثيرة تثبت ان النتائج البعيدة واحدة ومتماثلة سواء ارد الكسر وطعم او ثبت فقط او اهمل بدون اقل معالجة فلا بدّ من التريث والتردد قبل الاقدام على اجرائه .

ولكن اذا بدت في الاسابيع المقبلة عوارض عصبية او اذا ازداد التبدل فالامر يختلف والمراقبة الشديدة واجبة واذا تعذرت المراقبة كان الطعم خير واسطة للاطمئنان الى ثبات الكسر .

٤ً — في كسور الفهقة (atlas) والفائق (axis) خطرها عظيم لانكسار الناتىء السني ولانخلاع الفهقة . غير ان ما يستلفت النظر فيها هو التباين العظيم بين الآفات العظمية الكبيرة وغيبة الاختلاطات العصبية . ولا تختلف طرائق المعالجة فيها عن كسور فقار العنق الاخرى . ويستنتج الباحث من درس ٣٤ حادثة ان الرد بالتمديد المتواصل افضل الطرائق المستعملة المفضية الى احسن النتائج . والخطر كل الخطر في التزلق الثانوي وسببه عدم اندمال السن او ابطاء تكون الدشبذ وقد يكون هذا التزلق فجائياً فينجم عنه الموت الآني او شلل الاطراف الاربعة او يكون تدريجياً .

وتبين المشاهدات المعلنة انه اذا لم يكن الطعم واجب الاستعمال في جميع هذه الكسور فان المبادرة اليه واجبة متى ظهر تبدل ثانوي والمريض مثبت بالجبس او متى كان كسر وخلع ولم يردا جيداً .

٥ً — في الكسور العديدة : هي نادرة وترد هذه الكسور باجراء بزخ في وضع ظهري ويوضع المشد في حذاء الكسر الأشد خطراً . وتلطف المعالجة الوظيفية او تلغى اذا كانت متعذرة الاجراء . واذا كان التزوي شديداً ولم يكن الرد تاماً وجب الرد الجراحي وتسمير بؤرة الكسر . واما اذا كانت الكسور عديدة وطفيفة فالمعالجة الوظيفية المشتركة مع الحقن بالمواد المخدرة كافية . « »

٦ — في الولد : ينظر الى حالتين فيه :

ما دون ٥ ـ ٦ سنوات يكتفى بتثبيت الصغير طويلًا ومراقبته لان بعضاً من حالات البزخ المسماة بزخ اليفعان ليست الا عاقبة الكسور المجهولة. ويصادف داء كومال في الاولاد الكبار واليفعان

فوق ٧ سنوات : يعالج الولد معالجة الكهل غير ان الطعم فيه مستحب قبل السنة العشرين .

ب — معالجة الكسور مع اضطرابات عصبية :

بحث فيها اندره سيكار فدرس اولاً الآفات التشريحية التي قد تصيب النخاع الشوكي وغلافاته وجذوره في سياق الكسر ذاكراً انواعها العديدة ولافتاً الانظار الى التباين الكثير الحدوث بين الآفات العظمية والاضطرابات العصبية ، والى كون الورم الدموي الواقع في خارج الام الجافية ينتشر في الغالب بيد ان الورم الدموي الواقع تحتها يتكيس في شبكات العنكبوتية ويضغط النخاع خلافاً لما يقع في كسور الجمجمة .

ويستنتج حين كلامه عن التشخيص انه ما من علامة سريرية واسمة تثبت لنا آفة النخاع الشوكي الشاملة فلا فلج الاطراف الاربعة الرخو الشامل ولا علامة بابنسكي ولا منعكسات الدفاع ولا شريعة باستيان كافية لاثباتها . ويعلمنا التشريح المرضي من جهة ثانية ان النخاع الشوكي لا يترمم البتة فكل محاولة خياطة مصيرها الخيبة .

ويمكننا سير العلامات العصبية وحده من تخمين آفات النخاع الشوكي على وجه التقريب. والعلامات الدالة على رجحان انقطاع النخاع الشوكي التام

ثلاث: النعظ المؤلم (priapisme) المبكر الثابت، ووذمات الطرفين السفليين، وظهور الخشكريشات السريع.

ثم أتى الباحث على ذكر طرائق المعالجة ذاكراً استطباباتها ونتائجها: فالبعض يعد الامتناع قاعدة مطردة فاذا كان النخاع الشوكي مخرباً فما الفائدة من التوسط واذا تدنى الشالل كانت المعالجة الوظيفية المتقنة كافية للمحافظة على الجهاز العضلي المفصلي.

ويعدُّ البعض الآخر ومنهم بوهلر رد الكسر الزمن الاساسي لانه يزيل الضغط عن المحور العصبي، اذا كانت الآفات العصبية قسمية. ولقطع الصفائح الفقارية محبذون ايضاً غير ان كثيرين هم الجراحون الذين يشركون الطرائق المختلفة.

وينهي الباحث تقريره بهذه الاستنتاجات التالية:

ان تضاد النظريات بين محبذي التوسط الباكر على البؤرة العظمية والراغبين في التريث ريثما تظهر العلامات العصبية، ناجم عن تعذر الوصول الى تشخيص الآفة التشريحية الحقيقي.

ما من معالجة تفيد اذا كان النخاع الشوكي مقطوعاً.

تنجح جميع المعالجات متى كانت وذمة النخاع الشوكي فقط سبب الاضطرابات العصبية ويستخلص من الاعمال الحديثة مبدأ آن واضحان:

اولاً: لا يجوز خلافاً للمبدإ القديم ان نبقى مكتوفي الايدي بازاء كسر الفقار المرقل بشلل اياً كان مصدره بل يجب ان نعد الآفة كانها تشفى وان نتوسط جرياً وراء هذه الغاية.

ثانياً : فليبكر في التوسط ما امكن سواء أأشير بقطع الصفائح الفقرية اوالرد ولعلّ الرد اخف ضرراً في كسر خطر كهذا. ولا يمتنع عن الرد السريع الا متى كانت الصدمة الشديدة او كانت آفة اخرى مشتركة مع الكسر تنبيء بقرب اجل المريض .

والرد في الشلل القسمي ناجع دائماً في جميع انحاء العمود الفقاري . وتجب مراقبته بالاشعة من وقت الى آخر لئلا يتبدل. ولتبدأ المعالجة الوظيفية باسرع ما يمكن .

والرد في الفلوج الشاملة ، اذا كان الشلل تشنجياً (وهذا نادر) يزيل الاضطرابات العصبية بسرعة . واذا كان الفالج رخواً صعب البت في طرز المعالجة الواجب اتباعها .

ولسنا نرى الآن ريثما يأتينا التشخيص الكهربي او نستنبط طريقة لاستقصاء القناة الفقرية احسن من الرسم الشعاعي لاختيار افضل الاستطبابات ١ً ـ اذا بقيت قطعة عظم بارزة في القناة الفقرية بعد رد الكسر كان لا بد من قطع الصفائح . ٢ً ـ اذا كانت النواتىء الفقارية متشابكة ولم يفضِ التمديد المتواصل وحركة البزخ المغالى فيه الى الرد وجب الرد الجراحي .

واما في الحالات الاخرى فالرد هو الزمن الاول من المعالجة وقطع الصفائح الزمن الثاني متى لم تحسن علامات الشلل .

والصعوبة كل الصعوبة في معرفة فترة الانتظار قبل اجراء قطع الصفائح ان هذا لا يستطاع تعيينه بل هو تابع لحكم الجراح غير انه متى مرت ٨ ـ ١٥

يوماً ولم تتبدل العلامات لا يجوز التأخر اكثر من ذلك عن قطع الصفائح الفقارية الاستقصائي .

وكلما علا كسر الفقار المشترك مع اضطرابات عصبية كان اشدّ خطراً . وليعلم ان شلل الاطراف الاربعة الرخو الشامل علامة خطرة دائماً فهو دليل دائماً على آفات في النخاع الشوكي لا حيلة لنا فيها .

المناقشات :

شوت : يجب ان ينظر في كسور الفقار جميعها : ١ً ـ الى ضرورة الرد الحسن منعاً للتكوم الذي يزداد في المستقبل ويفضي الى حالة خطرة ٢ً ـ الى ضرورة التثبيت المديد منعاً للتكوم عن الحدوث . وبعد ان ذكر حسنات الرد في الاضطجاع الظهري واخطاره (الخشكريشات) أورد سلسلة من النقاط العملية التي تخفف محاذير هذه الطريقة ولا تبدل حسناتها.

ويلفت شوت الانظار في معالجة الاضطرابات الجلية التالية لكسور الفقار الى فائدة الحقن المخدرة في القناة العجزية او الى جانبي الفقار ويعدّ هذه الحقن اساساً للمعالجة فانها تزيل الاضطرابات الوظيفية وتعين التشخيص وتظهر في طوارىء العمل ، المقلدين من المرضى الحقيقيين .

اولترامار : يظن ان داء كومال تنقص حوادثه كثيراً اذا ما لازم المرضى المصابون بتكوم متوسط الاضطجاع على الظهر ٦٠ يوماً . وهذه المعالجة كافية في هذه الكسور الطفيفة

ماير : بعد ان درس ٨٦ كسراً منها ٧٠ كسراً بسيطاً و١٦ كسراً مع اضطرابات عصبية توصل الى النتائج التالية: ان الرد التجبيري نجاح أكيد في

الاختلاطات العصبية وواجب الاجراء متى سمحت به حالة المريض . ويشار بالرد في الكسور الخالية من الاضطرابات العصبية متى اشتمل الضغط على اكثر من ربع جسم الفقرة ولا سيما متى كان الشخص فتياً . ومتى اتفقت المعالجة التجبيرية قلت استطبابات الطعوم والاستجدال. ويشار بقطع الصفائح الفقارية متى بدت العلامات العصبية متأخرة او متى عادت الى الظهور بعد زمن من التدني والتحسن الموقت .

اوالجينيك : يلفت الانظار الى فائدة البزل القطني لتفريق قطع النخاع المعترض الحقيقي عن نزف النخاع الشوكي ولا سيما عن رضه ووذمته. وليكرر البزل بعد ٨ ايام اذ تكون الوذمة قد زالت .

ليريش : يلاحظ ان الاراء مجمعة على وجوب الرد السريع في الحادثات المتوسطة غير انها تختلف في الحادثات الاخرى . فمتى كان الكسر طفيفاً يفضل ليريش الحقن بالمواد المخدرة التي تفضي الى نتائج وظيفية وشعاعية حسنة حتى ان الراحة في السرير والتثبيت بالجبس يصبحان امراً فضولياً واما في الحادثات الخطرة مع آفات عصبية لم يحسنها الرد فيشار بقطع الصفائح الفقارية الباكر وخزع المثانة

❀❀❀

الشباب و الإشباب

٩

اقام الصلاة

الصلاة في اللغة الدعاء وفي اصطلاح المسلمين عبادة بدنية لا نيابة فيها اصلًا تتم باقوال وافعال وحركات مفتتحة التكبير مختتمة بالتسليم بشرائط مخصوصة ، مفتاحها الطهور وهي من اجل الاركان بعد الشهادتين .

تنقسم الصلاة الى انواع منها الصلاة المفروضة والصلاة النافلة وهي تشمل المسنونة والمندوبة اما اوقات الصلاة فهي خمس على كل مكلف وهي الصبح والظهر والعصر والمغرب والعشاء

ولا بدّ لصحة الصلاة من شروط منها الطهارة من الحدث وطهارة الجسد والثوب والمكان حتى موضع القدمين واليدين والركبة والجبهة ولها اركان منها القيام والركوع والسجود والرفع منهما

القيام : يفرض على المصلي ان يقف منتصباً معتدلاً الى ان يركع .

الركوع : هو انحناء الصلب حتى يستوي الرأس بالعجز بحيث يمكن مس الركبتين باليدين وكمال الركوع ان يمد ظهره مستوياً ويجعل رأسه بازاء ظهره وان يسوي الراكع بين ظهره وعنقه .

السجود: هو مرتان في كل ركعة والحد المفروض في السجود ان يضع بعض كل عضو من الاعضاء السبعة الواردة في قوله صلى الله عليه وسلم :(امرت ان

أسجد على سبعة اعظم ، الجبهة واليدين والركبتين واطراف القدمين)وقال الحنابلة لا يتحقق السجود الا بوضع جزء من الانف زيادة على ما ذكر . ويشترط في السجود ان يكون على يابس تستقر جبهة المصلي عليه

ويفرض على المصلي في الرفع من الركوع والرفع من السجود الاعتدال والطمأنينة وقد فسر الرفع والاعتدال والطمأنينة هو ان يعود المصلي في الرفع من الركوع الى الحالة التي كان عليها قبل ان يركع من قيام او قعود مع طمأنينة فاصلة بين رفعه من الركوع وهويه للسجود واما الرفع من السجود الأول وهو المسمى بالجلوس بين السجدتين فهو ان يجلس مستوياً مع طمأنينة بحيث يستقر كل عضو في موضعه .

ويجب ان تكون حركات الصلاة مرتبة الأركان بان يقدم القيام على الركوع والركوع على السجود وهكذا بحسب ترتيبها الوارد في قوله صلى الله عليه وسلم للمسيء صلاته(اذا قمت الى الصلاة فكبر ثم اقرأ ما تيسر معك من القرآن ثم اركع حتى تطمئن راكعاً ثم ارفع حتى تعتدل قائماً ثم اسجد حتى تطمئن ساجداً ثم ارفع حتى تستوي قائماً ثم افعل ذلك في صلاتك كلها) .

وللصلاة سنن منها رفع اليدين عند الشروع ومنها وضع اليد اليمنى على اليسرى بعد تكبيرة الإحرام تحت سرته ومنها تفريج القدمين حال القيام بحيث لا يقرن بينهما ولا يوسع الا بقدر

ومنها ان يضع المصلي يديه على ركبتيه حال الركوع وان تكون اصابع يديه مفرجة وان يبعد الرجل عضديه عن جنبه لقوله صلى الله عليه وسلم لأنس

رضي الله عنه (اذا ركعت فضع كفيك على ركبتيك وفرج بين اصابعك وارفع يديك عن جنبيك) ومنها ان يسوي بين ظهره وعنقه في حالة الركوع وان يسوي رأسه بعجزه ومنها ان ينصب ساقيه وان ينزل الى السجود على ركبتيه ثم يديه ثم وجهه وبعكس ذلك عند القيام من السجود بان يرفع وجهه ثم يديه ثم ركبتيه ومنها ان يبعد الرجل في حال سجوده بطنه عن فخذيه ومرفقيه عن جنبيه وذراعيه عن الارض ومنها الجلوس بهيئة مخصوصة مبينة في المذاهب ومنها الالتفات بالتسليمة الاولى جهة اليمين حتى يرى خده الايمن والالتفات بالتسليمة الثانية جهة اليسار حتى يرى خده الايسر .

عدد ركعات الصلاة: ١٧ ركعة فرضاً و٣٧ ركعة من وتر وسنة ومندوب ومستحب .

فاذا امعنا النظر فيما تقدم رأينا ان على المسلم تخصيص مدة لا تقل عن ساعة ونصف الساعة للوضوء ولاداء الصلاة والقيام بحركاتها التي لا تكاد تترك مفصلاً من مفاصل الجسم المتحركة دون ان تحركه لذلك كانت الصلاة عملاً رياضياً عظيماً يدخل في زمرة الرياضة المعتدلة ولا يخفى ما لهذا النوع من الرياضة من اثر في تنشيط الجسم

فضائل الصلاة الصحية

ان الصلاة تلك العبادة البدنية رياضة معتدلة تتقلص فيها اكثر عضلات الجسم وتتحرك اكثر مفاصله . ولا يخفى ان وظيفة العضلات لا تقف عند حد تحريك الاطراف او انتقال البدن من مكان الى آخر فحسب بل

لها فعل اعظم وأعم وهو تأثيرها النافع في جميع وظائف البدن اجمالاً كفائدتها في الدوران والغذاء وحصول الحرارة البدنية الغريزية وهي كذلك تهيء بيئة داخلية ثابتة وتنشط القوة الضرورية لأعمال الفكر .

والانسان لا تكمل صحته الا اذا كملت صفاته العقلية والفكرية وحسنت اعماله البدنية كلها .

فالرياضة هي كالنظافة حسنة وبركة وما ذاك في الاعمال البدنية فحسب، بل في الحياة العقلية ايضاً .

ولا يخفى ان الانسان لا يكون حراً في اوقاته وعمله لذلك كان لا بد له من تنظيم رياضة او تمارين خاصة به ليستفيد في وقت قصير اقصى ما يمكنه من فائدة ولذلك ينبغي له عندئذ التقيد بنوع مقصود من ضروب الرياضة بحسب مكنته ولياقته يأتيها في وقت محدود بحسب نوعها والصلاة بتوقيتها واعتدالها وما يسبقها من وضوء وطهارة افضل الرياضات لانها رياضة طبيعية تشبه بنتائجها نتائج الرياضة الغريزية او السويدية وتفوقها بانتظام توقيتها وتكرارها خمس مرات في اليوم فحركات الصلاة طراز غريزي في الرياضة وبتأثيرها الحسن في العضلات والمفاصل والعظام وتنشيط نموها وعملها تفيد في المحافظة على تناسق الجسم وجماله ولها مع ما يسبقها من وضوء تأثير مبهج ممرح ومنشط .

ان الرياضة نافعة في كل سن منذ بدء الطفولة ولكنها تكون حركات غير مقصودة في ذاتها بل هي رغبة غريزية فطرية ، يأتي بها الطفل عن غير قصد . اما في الطفولة الثانية فتنحصر الرياضة في اللعب فقط . واللعب

في تلك السن هدف الطفل وكل ما يصبو اليه في حياته تلك وفي ذلك هناؤه وفائدته ايضاً لان اللعب والحركة يكسبانه النشاط البدني اجمالاً وهذا اساس في النشوء والنماء . اما في نهاية هذه الطفولة وفي سن الدراسة او في الفتوة منها خاصة فيكون للرياضة والممارسة البدنية المقصودة شأن عظيم لضرورتها في تقوية العضل وانماء البدن اجمالاً ونشاطه . وحيث ان الطفل او الفتى لا يكون حراً في اوقاته وعمله كما هو في الطفولة المجردة كان لا بد من تنظيم رياضة او تمارين خاصة به . ولا شك ان حركات الصلاة البدنية احسن انواع هذه الرياضات وقد فرضها المولى عزّ وجل على كل مسلم يافع وعاقل . وتؤمر بها الاولاد لسبع سنين وهو الزمن الذي يبدأ الولد فيه بصرف قسم من وقته للدراسة او لتعلم صنعة من الصنائع فتقل رياضته مع شدة حاجته اليها . فقيامه بالصلاة الذي يؤمر به شرعاً في هذه السن يكفيه حاجة جسمه من الرياضة .

ولا تقل الحاجة في الفتوة والبلوغ الى الرياضة عما في الاطفال والاولاد لا بل هي واجبة في هذا الزمن من الحياة لاستمرار النشؤ الذي يفتقر الى النشاط البدني مطلقاً .

واما في الكهولة فلا بد للكاهل من مزاولة الممارسة البدنية اذ من المعلوم ان الكهل كثيراً مـا يتعرض في حياته الى بطء التمثل واضطرابه وكثيراً ما ينشأ عن ذلك احوال مرضية مزعجة كالنقرس والانفضاج (فرط السمن) والبيلة السكرية والشقيقة وسوء الهضم ومـا شابه ذلك . فالصلاة لهؤلاء مفيدة لما تفعله في البدن من النشاط اجمالاً ونشاط الغذاء خاصة .

ولا يقل افتقار الشيوخ الى الرياضة المعتدلة (الصلاة) عن غيرهم

والخلاصة ان الرياضة المعتدلة والصلاة عند المسلمين افضلها ضرورية جداً في الحياة وواسطة حسنة لتمام الصحة ولا تقتصر فائدتها على نظافة البدن بالوضوء السابق لها وعلى الاعمال الآلية في البدن فحسب بل تفيد في تنشيط كثير من الاعضاء والاجهزة للقيام بوظائفها حق القيام ، بل يكون لها تأثير حسن جداً في الاعمال الفكرية ايضاً تصديقاً لما يقال من ان العقل الصحيح في الجسم الصحيح . ولذلك يكون المتروض بالصلاة لما فيها من حركات بدنية ومعاني نفسانية جسيمة وأمر بالمعروف ونهي عن المنكر صحيح الجسم قوي الارادة ، حسن الاعتماد على نفسه ، جلداً على الطوارىء ، اكظم لغيظه واضبط لنفسه عند الغضب او الخطر ويكون كذلك احزم واشجع واعلى نظراً في الحياة، كريماً محباً للخير والنفع العام. لهذه النتائج الحسنة كانت الرياضة واجبة على كل انسان وكانت الصلاة فرضاً على المسلمين طول الحياة .

هذا وعلاوة على فوائد الصلاه العامة فلها فوائد خاصة نجملها فيما يلي :

١ً — صلاة الصبح: يكون اداؤها في وقت معين وهو من طلوع الفجر الصادق الى قبيل طلوع الشمس . يؤدي اداء هذا الفرض الى تعويد الجسم التبكير في اليقظة من النوم وتنظيف اعضاء الجسم المكشوفة وتنشيطها وتنبيه اجهزة التنفس والدوران والاغتذاء والرغبة في استمرار طعام الصبح وسرعة هضمه وتنظيم اعمال ذلك اليوم الدنيوية وتدبيرها بهمة ونشاط دون فتور او ملل

٢ً — صلاة الظهر: ووقت اداء هذا الفرض يبدأ من الزوال الى ان يصير ظل كل شيء مثليه فان اديت هذه الفريضة في بدء اوانها اذهبت عن الجسم

ما لحقه من تعب في الجد والعمل وازالت عن النفس ما لحقها من غم وهم ونبهت جهاز الهضم وغيره من الاجهزة فازدادت الرغبة في الطعام ومتى كان الطعام مأخوذاً عن رغبة وشهية كانت فائدته للجسم اعم وانفع. وان قام المصلي بهذا الفرض في آخر وقته كان مسرعاً لهضم طعام الظهر عدا ما فيه من فوائد عامة.

٣ — صلاة العصر: وقت اداء هذه الصلاة من انتهاء زمن الظهر الى غروب الشمس وتعرف هذه الصلاة بالصلاة الوسطى والاوامر بالمحافظة عليها كثيرة ولها من الفوائد الخاصة ان التكليف بادائها مواقت لزمن يكون الانسان فيه منهمكاً بفكره وجسمه فان لم يروض عن نفسه بتنشيط فكره وجسمه ولدى ذلك فيه بعض الاضطراب الذي لا يلبث ان يزداد مع الزمن فضلًا عن ان هذا الزمن زمن الهضم والوضوء والصلاة فيه مدعاة لتسييره وتسريعه.

٤ — صلاة المغرب: وزمن اداء هذا الفرض بين غروب الشمس والشفق الأحمر وله من التأثير الخاص في تنشيط الجسم واتمام الهضم ما لوقتي الظهر والعصر.

٥ — صلاة العشاء: وزمنها من الشفق الاحمر الى الصبح فان اقيمت صلاة العشاء قبل طعام العشاء كانت منبهة للرغبة فيه وان اديت قبل النوم كانت مسرعة لهضم طعام المساء.

وعدا ذلك فان لحركات الصلاة الخاصة منافع جسيمة في كثير من الامراض بدأ العلماء يعرفون فضائلها ويوصون مرضاهم بها فالركوع بتقليصه

عضلات البطن يقوي هذا الجدار ويمنعه عن الاسترخاء وينبه حركات الاحشاء والامعاء فيخلص الشخص من ربقة القبض الشديد الضرر واما السجود فيعرف طبياً بالوضعة الركبية الصدرية يقلص عضلات البطن تقليصاً اعم واشد ويحرك الحجاب الحاجز وينبه المعدة فيدفع ما بها ويخلصها من الوقوع في مرض التمدد المزعج ويقيها من مرض بلع الهواء الكثير المظاهر . وقد اصبح البحث عن نفع هذه الوضعة في مداواة بعض امراض المعدة والوقاية منها امراً ثابتاً ومدروساً .

هذا ويجب علينا القول باننا بحثنا عن الصلاة من الوجهة الصحية باعتبار الغسل والوضوء وسائل للنظافة وتنشيط الجسم وباعتبار الصلاة حركات رياضية في حين ان الغاية منها في الاسلام اعم من ذلك

بعض مقاصد الصلاة

ليس المقصود بالوضوء والغسل والصلاة تنظيف الظاهر بالماء فحسب بل دعوة الى تنظيف الباطن من الاخلاق الرديئة فقد جاء في الخبر (الطهور شطر الايمان) ولا يكون كذلك وهو مقصور على نظافة الظاهر لهذا قصد الشارع الحكيم ان يغرس في الناس خلق نظافة الظاهر ، ليطهروا بواطنهم فيتخلوا عن الاخلاق الذميمة ويتحلوا بالسجايا المحمودة ويتمسكوا بالمشروع من العقائد فانه اذا استحكمت الموافقة تعذرت المرافقة

واما الصلاة فانها اذا أديت على الوجه المطلوب من الخشوع والتعظيم والحياء غيرت ما جبلت عليه نفس الانسان لان الانسان خلق بفطرته غير

ثابت في احوالهان رزقه الله خيراً بطر وطغى وان رزقهالشر جزع وسخط فاذا ادى المسلم الصلاة كل يوم خمس مرات في اوقاتها الراتبة استفاد منها في صحته كما بينا وتوطنت نفسه على الثبات وقوة الجأش. مما تقدم يتبين ان الصلاةوسيلة الى تغيير قبيح الاخلاق وادناها الى اجمل الاخلاق واعلاها وانها تكسب صاحبها توطن النفس على النظام وحفظ المواعيد والاوقات والثبات والمثابرة وقوة العزيمة والتؤدة والتروي في الامور والى فضل الصلاة في هذا المعنى يشير قوله تعالى « ان الانسان خلق هلوعا اذا مسه الشر جذوعا واذا مسه الخير منوعا . الا المصلين »

ان الصلاة داعية الى راحة الفكر ولذلك اثر كبير في صحة الجسم لانها بما اشتملت عليه من القراءة والركوع والسجود ومظاهر الخضوع لله سبحانه وتعالى تجعل المصلي مرتاح الضمير ، طاهر الوجدان ولهذا اعظم الاثر في تمتع الشخص بحياة رغيدة هنيئة .

ان توقيت الصلاة باوقات راتبة سبب لاستدامة صلاح الخلق لان فيها تذكيراً بالمعروف ونهيا عن المنكر . وفيها اشراب القلوب بالحرية وتعويد المساواة والاخاء وتعويد النفوس الطاعة لمن تجب له الطاعة .

يتضح مما تقدم ان بالصلاة تنظف الاجسام والاثواب والامكنة ويكون النشاط والنظام والتعاون وتتأصل كل مبادىء الخير في النفس ولذلك كانت الصلاة اكثر العبادات التي حث عليها القرآن الكريم وكانت الدعامة الثانية من دعائم الاسلام وورد ذكرها في كثير من الآيات الكريمة والاحاديث الشريفة .

التناذرات المؤلمة لاستيلاء السرطان المتسع

على الصقل في المصابات بسرطان الثدي

ترجمة الطبيب يوسف حاتم

يحدث سرطان الثدي انتقالات عظمية اكثر مما كان يظن سابقاً (١) وهذه الانتقالات محددة ومنعزلة او منتشرة ومتسعة. وقد تحدث نواة منعزلة آلاماً شديدة غير ان بحثنا هنا يدور على درس الألم في سياق استيلاء السرطان استيلاء واسعاً على الصقل (squelette)

وامر هذه الاستيلاءات السرطانية المنتشرة على الصقل يتضح يوماً عن يوم ، لان الطبيب الممارس الذي نبهه الاختبار ، يدقق فيها ويأخذ صوراً شعاعية متسلسلة للجهاز العظمي ، ان مؤسسات مقاومة السرطان المجهزة بشتى الوسائل تمكنت بسبب كثرة مشاهداتها على المريضات من تتبع المصابات بسرطان الثدي حتى ادوار مرضهن الاخيرة ، هذه الادوار التي لم يكن الاطباء يتابعون سيرها حتى النهاية .

قد لا يؤلم استيلاء السرطان على العظم بل يسير خلسة حتى يدنف حاملته

(١) يقول فورغ في هذا الموضوع « في كتابه الامراض الخارجية الطبعة التاسعة الصفحة ٣٣٨ لا تنتخب انتقالات سرطان الثدي العمود الفقري بل الكبد في نصف الحوادث ، وفي اطروحة تلميذنا بورستين (Burstyn) ٦٣ مشاهدة شخصية منها ٥٣ انتقالاً ومن هذه ٣٦ انتقالاً عظمياً منها ١٠ فقرية و٤ كبدية فقط .

او يعرف : اما بانكسار العظم عفواً الذي يعدُّ عرضه الاول او بتكثف العظم الذي تتضارب الآراء في تشخيصه.وتسرع اوجاع انتقال السرطان الى العظم موت كثيرات من المريضات اللواتي لا تقوى اشد المسكنات على تخفيف وطأتها وقد يمتن ولا يعرف مرضهن لان السرطان الذي يستولي على العظم قد لا يظهر على سطحه .

وتخرج عن موضوعنا التناذرات التامة على سرطان السحايا وسرطان كل من النخاع الشوكي والجذور والضفائر او الجذوع العصبية هذه التناذرات التي وصفها فالبو وتروسو وكاز اليس وشاركو وتربيه وغيرهم وقد لفت شاركو (١) منذ السنة ١٧٦٥ الى شأن سرطان الثدي في الفالج المؤلم ونسبه الى انضغاط الجذور الشوكية العجزية وتحرشها ببقايا هجرات السرطان .

اما الحالات التي نصفها فتنم بالخاصة على اصابة العظم المنفرد : تتألم المريضة من عظمها . وتتقدم هذه الآلام في الغالب علامات الاستيلاء على النخاع الشوكي او الجذور والجذوع وانضغاطها مؤلفة التناذرات الاساسية التي وصفها الاعصابيون وترافق هذه التناذرات في الغالب آلام متشععة من المحيط ولكنها لا تتصف بثبات الحالات الالمية وانتظامها التي تحدثها اصابة النخاع الشوكي والجذور والضفائر والاعصاب اذا افضى بعض من الآفات التي تحدث آلاماً عظمية الى تناذرات عصبية منتظمة فقد تبقى في بعض من الحالات الاخرى مقتصرة على الصقل كما ان ان كساحة (paraplégie) مؤلمة في

---

(١) شاركو : في خطابه عن الفالج المؤلم وعن سدادة الشريان التي تحدث في بعض حوادث السرطان

مصابة بسرطان الثدي قد تظهر منذ البدء باصابة سحايا النخاع الشوكي والاعصاب بدون ان تتبعها اصابة الصقل .

ولم تزل آلية استيلاء العظم المتسع في سياق سرطان الثدي قيد البحث وقد قدم الباحث لمؤتمر الجراحي الفرنسي في السنة ١٩٣٧ تقريراً عن هذا الموضوع لا مجال الى اعادته هنا واننا نكتفي بتذكير القارىء ان الاستيلاء العظمي المنتشر الذي نصف تظاهراته المرضية قد يحدث ١ ً ـ بطريق الدم (دلبه) ٢ ً ـ بطريق المجاري اللنفاوية السائرة على اغشية العضلات (هانده) ٣ ً ـ بطريق المجاري اللنفاوية الكبيرة المتجهة الى الصقل والمرافقة للاوعية الكبيرة (كارنة ، هول ، دوكونيغ) ونظن ان هذا الطريق الاخير اكثرها حدوثاً .

ويعلمنا الدرس الشعاعي المتسلسل للصقل ان نماذج اصابة العظم المتسعة في سياق سرطان الثدي ثلاثة

ويظن المؤلف ان كل اصابة عظمية متسعة تبدأ باصابة الفقار . ثم تستولي الآفات على الزنار الكتفي والزنار الحوضي وقد تعم الصقل بكامله .

وقد يكون سير الاصابة الفقرية خفياً من الوجهتين السريرية والشعاعية فيظن ان الآفة ابتدأت بالزنارين الكتفي العضدي والعاني المدوري

الاستقرار في العمود الفقري: تندر اصابة فقرة واحدة وتكثر اصابة عدة فقار رقبية وظهرية وعجزية واصابة الظهرية والعجزية اكثر من الرقبية .

ويعتقد المؤلفون القدماء (كازاليس ، شاركو تريه) ان القطعة العجزية تصاب اكثر من القطعة الظهرية ولسنا نشاطرهم رأيهم لان

الاصابة الظهرية قد تبقى مستترة .

الاستقرار في الزنار العلوي او الكتفي العضدي : تصاب الترقوة ، واللوح ولا سيما في عنقه او صدفه والنقا (hnmérus) بالتتابع او معاً . وتكثر اصابة النقا ذلك لان تشخيصه اسهل اثباتاً بالفحصين السريري والشعاعي . وتتوضع الآفات على رأس النقا وعنقه التشريحي وحدبته الكبيرة وعنقه الجراحي ولا سيما عند ارتكاز العضلة الدالية على العضد حيث تكثر انكسارات النقا عفواً

الاستقرار في الزنار السفلي او العاني المدوري : يستقر السرطان في عظام الحرقفة والعانة والنهاية العلوية لعظم الفخذ وقد يتفكك المفصل الحرقفي الفخذي بتلف اجزائه وقد ينقسم الحوض قسمين : احدهما علوي والآخر سفلي بتفرق اتصال عبر الجوفين الحقيين ويسهل استقصاء عظم الفخذ في الزنار السفلي كما يسهل استقصاء النقا في الزنار العلوي وتحدث كسوره اما بمحاذاة عنقه او خلال حدبتيه او تحتهما

وبعد ان يصاب عمود الفقار في الزنارين العلوي والسفلي قد تعم الآفة الصقل كله او القسم الاكبر منه (التهاب المظم السرطاني المنتشر) غير ان موت المريضة المبكر على ما نظن يحول دون اصابة عظام الساعدين واليدين والساقين والقدمين .

ويثبت درس الصور الشعاعية مقررات التشريح المرضي ويبين ان اصابة الصقل السرطانية ثلاثة اشكال :

الشكل الكاسر او الثاقب للعظم : الذي يتصف باخلية كبيرة تثقب العظم او

تجوفه أو باخلية صغيرة مدورة بيضية قد يشابه منظرها في اقسام العظم المركزية او القشرية العظم السائس .

الشكل المصور او المنمي للعظم تظهر رسوم العظم فيه ظليلة: فقرات سود وعمود فقري بشكل الحازوق .

الشكل المختلط: يتصف بهشاشة العظم الذي تحيط به حواجز متكلسة متكثفة فترم قشرة العظم وتهب له منظراً أرقط

. . . .

ونميز ثلاثة تناذرات مؤلمة مناسبة للاستقرارات التشريحية المرضية التي ذكرناها والتي قد تفضي الى تناذر الاستيلاء على الصقل بكامله . واننا نبحث اولاً بصورة عامة في هذه الحالات الألمية ثم نصف كلاً منها على حدة

ويختلف ظهور هذه التناذرات المؤلمة : فقد تظهر قبل ان يكون سرطان الثدي قد عولج فيشاهد حينئذ ورم نظير الدماغ ، وهذا نادر ، او سرطان صلد ، وهذا اكثر ، وقد اورد تربيه من ١٨٦٦ ورماً ١٦ انتقالاً نخاعياً شوكياً والسرطان الصلد قد يكون عادياً او ضمورياً او متقرحاً وقد تبدو في الثديين آفات متماثلة .

او يظهر التناذر الالمي بعد معالجة السرطان فاذا كان قد أشعّ فاما ان يكون الورم قد غاب وتكون الناحية قد ضمرت او ان يكون قد بدا نكس موضعي متقرح او غير متقرح ، او نكس عقدي تحت الابط او فوق الترقوة واذا كان الثدي قد استؤصل ترى ندبة خطية لينة او نكس موضعي او عقدي وقد لا يرى اقل تقرح على جلد الناحية المشععة ، او المستأصل ورمها ،

او التي لم تعالج اقل معالجة وقد ترى تقرحات مبعثرة على القفص الصدري حتى جدار البطن وجذر الفخذين والفروة. والانتقالات الحشوية والرئوية والجنبية قد تصادف او لا تصادف .

وتختلف حالة المريضات العامة ويشاهد منها نموذجان : فالمريضة سمينة او هزيلة والحالة الاولى تستدعي العجب لكثرتها فقد تصادف مصابات بسرطان الثدي مع اصابة الصقل المنتشر قويات سمينات متوردات الخدود ولا يشاهد هذا الا في الاشكال السرطانية القليلة الالم

ودرس دم المصابات بسرطان الثدي المترافق بانتشار عظمي متسع لا يخلو من الفائدة لان المؤلف بحث فيه منذ عدة سنين مع مساعدته الآنسة ميلتزكي ووجد ان نتيجة فحوصهن تختلف : بعضهن لا تتغير صيغة دمهن بل تبقى سليمة واخريات يشاهد فيهن اما فقر دم كرياته قليلة الاصبغة او ذو اصبغة متماثلة، وهذا كثير الحدوث، او فقر دم كرياته كثيرة الاصبغة، وهذا نادر، او تناذر يمتاز بفقر دم شديد كرياته كثيرة الاصبغة مع كريات حمر منواة وخلايا مخية، وقد تكثر الكريات او تبدو خلايا مخية او خلايا تورك او كريات دم حمر منواة . والخلاصة ان الصيغة الدموية اما ان تشابه دماً سليماً او دماً مع تخرشات جزئية او دماً شديد التغير .

وتختلف زمن ظهور التناذرات الالمية تبعاً لابتداء ورم الثدي السريري المستأصل او المشعع او المهمل كما ان شدته لا تناسب الآفة التي تبدو بالرسم الشعاعي. فرب مريضة بدت آفاتها العظمية منذ عدة اشهر وانتشرت انتشاراً واسعاً وهي لا تتألم ولا تعبأ بها . ورب اخرى مصابة بآفة جزئية

ومستقرة في العمود الفقري او في الزنار الكتفي العضدي أو الزنار الحوضي الفخذي تتالم ألماً مبرحاً .

وحوادث اخرى لا ينظر فيها الا الى بدء السرطان السريري وظهور التناذر الالمي المبكر او المتأخر وهذا ما اكده شاوكو بشأن الشلل المؤلم فان ظهوره ممكن في اوقات مختلفة من سير الآفة السرطانية البدئية : بعد بضعة اشهر من بدئها الظاهر او بعد عدة سنين . وتختلف طرز بدء هذه التناذرات الالمية فتارة تأتي خلسة بشكل آلام خفيفة وطوراً تكون اشد وطأة واسرع مفاجأة مشابهة لنوب الرثية وقد يبدأ التناذر بكسر العمود الفقري او النقا او عنق الفخذ عفواً .

وتختلف الاوصاف الخاصة للتناذرات الالمية بحسب استقرار الانتقالات ولكنها تدور حول نقطة واحدة ولا تتعدى ثلاث نقاط يعرفها من يتردد على مؤسسات السرطان ويستمع الى اولئك المريضات اللواتي يرددن دائماً : اني اتألم من ظهري ، اتألم من كتفي ، اتألم من فخذي غير عالمات علاقة آلامهن العضلية بورم ثديهن

١ - تناذر فقري او بوتي موهم : « اتألم من العمود الفقري » تقول المريضات اللواتي يأتين لاستشارة الطبيب ولم تتبدل وضعتهن او بعد ان يظهرن كمصابات بداء بوت . وتأخذ الآلام العفوية عدة نماذج : فتستولي احياناً على قطعة فقرية وتكون كاسرة او ثاقبة او متشععة او متقطعة او واخزة أو ذات اتجاهات مختلفة غير ان المريضة تعين دائماً انها تنشأ من الظهر . وهي ليلية ونهارية ومستعصية على المسكنات ولا تكاد تخففها الراحة والتثبيت

بعكس آلام داء بوت الحقيقي .

ويوقظ جس احد النواتىء الشوكية الالم المحدث في الغالب وقد يوقظه جس الناتىء المعترض وقد يظهر الالم ايضاً اذا عطفت المريضة عمودها الفقري او بسطته .

وجمود العمود مختلف الوضوح وهو في الغالب اقل مما في داء بوت الحقيقي . والعجز تابع للالام وجمود العمود الفقاري

وتختلف العلامات التي ذكرناها بحسب استقرار الآفة السرطانية في الفقار فاذا استقرت في العنق ؟ قالت المريضة انني « اتألم من عنقي » واذا جست النقرة بدت غليظة وظل الرأس عموداً او كان في وضعة الإجل .

واذا استقرت في الظهر ؟ « قالت المريضة انني اتألم من ظهري » وهو الالم الاكثر مصادفة . ويكشف الجس بروز احد النواتىء الشوكية واذا استقرت في العجز ؟ قالت المريضة انني اتألم من خاصرتي وهذا الالم كثير الحدوث ايضاً لا بل اكثر حدوثاً بحسب المؤلفين القدماء من النموذج السابق . وجمود الفقار في هذه الناحية أسهل ايضاحاً من الالم المحدث بالجس لان متانة ارتباط الفقار في هذه الناحية واتساعها لا يمكنانها من التحرك بنتوآتها الشوكية .

واذا استقرت في العمود الفقري جميعه ؟ قالت المريضة ان ظهري جميعه يؤلمني منذ العنق حتى العجز وهذا الشكل قليل المصادفة وسير التناذر الفقاري واحد دائماً فالآلام تأخذ بالاشتداد لانتشار الآفات ولا تهجع مطلقاً وتظهر اختلاطات وهذا ما يحدث ايضاً في التناذرات الكتفية العضدية

والحوضية المدورية .

وانكسار فقرة واحدة او عدة فقرات بالتكوم وظهور حدبة بعده أمر كثير الحدوث وهو الشكل الا كثر مشابهة لداء بوت الحقيقي . وقد يصادف انضغاط نخاعي ذيلي مع آلام مبرحة واضطراب المصرات وخشكريشات ، وكساحة تشنجية او رخوة وهو التناذر الذي يعرفه الاعصابيون حق المعرفة ويصفه المؤلفون القدماء كأنه جزء من سرطانات الثدي وهو ما درسه شاركو في بحثه عن الكساحة المؤلمة .

واذا طالت حياة المريضة ازدادت آفة العظم اتساعاً وقد تفضي الى تخلخل العظم السرطاني المنتشر الذي يمرّ بالتناذرات الآتية :

٢ — تناذر كتفي عضدي : تقول المريضة انني اتألم من كتفي وتستقر الآلام العفوية الليلية او النهارية في ناحية الترقوة واللوح ولا سيما النقا وهي آلام عميقة تظنها المريضة رثية في الكتف او الكتفين وتقول انها تشعر كأن كلباً ينهش عظامها . وقد تبدو آلام متشععة ولكنها لا تتصف بوضوح ولا بشدة الآلام التي تحدثها انضغاطات الضفائر او الجذوع بل هي آلام مبهمة ومتقطعة في منطقة الزندي والكعبري والمتوسط . وتوقظ الآلام المحدثة بضغط الترقوة والغراب والنقا بالخاصة ومتى جست الوابلة (رأس النقا) ، او العنق التشريحي او العنق الجراحي صرخت المريضة . وجمود الكتف ، وضمور العضلات وعجز الطرف متفاوتة الشدة .

ويسير التناذر المفرد او المزدوج بلا وقوف فيزداد ألم المريضة يوماً عن يوم ولا يسكن ألمها سوى المقادير الكبيرة من المورفين التي تحملها

وقد تظهر علامات جديدة : كسور عفوية في العنق التشريحي او العنق الجراحي بالخاصة واضطرابات ناجمة عن انضغاط اعصاب الطرف العلوي

٣ — تناذر عاني مدوري : تقول المريضة انني اتألم من فخذيَّ . تستقر الآلام العفوية بالخاصة في حذاء عظم الحرقفة والعانة ، والمدور الكبير وتتشعع احياناً على طول العصبين الفخذي والنسا

ويوقظ الضغط ألماً محدثاً في حذاء العانة والورك وجناح الحرقفة والمدور الكبير .

وجمود الورك متبدل ، ويظهر ضمور العضلات ويهزل الطرفان السفليان ويضعفان . وتتصف الاستقرارات العظمية المختلفة على الزنار السفلي بتغلب العلامات المؤلمة في الحرقفة والعانة والورك والفخذ سواء أفي الطرف الواحد او الطرفين .

ولا يختلف السير عنه في التناذرات الفقرية او الكتفية العضدية فقد يزاد على الألم كسر عفوي في الحوض او عنق الفخذ او المدور الكبير او جسم العظم ايضاً وقد تخنق الآفة السرطانية الضفيرتين القطنية والعجزية والاعصاب المتفرعة منها .

وقد يسير التناذر العاني المدوري منتشراً انتشاراً متسعاً في الصقل ومحدثاً تخلخل العظم السرطاني المنتشر فتقول المريضة انني اتألم في كل مكان والآلام العفوية موضعة في نقاط عديدة من الصقل ، او مبهمة ومتشععة ومتبدلة . وتستقر الآلام المحدثة في العظام جميعها ولا تقوى المسكنات على تخفيفها وبعض من المريضات لا يستطاع مسهن بلا ايقاظ ألم مبرح فيهن (شاركو) . وكل ما

شأنه أن يحرك جسم المريضة او اطرافها كالبول والتغوط والتبرج تجده المريضة شاقاً ومؤلماً وتموت هذه المريضات الملازمات لأسرتهن اللواتي تنبو عنهن حتى اعز صديقاتهن مدنفات او بعفونة بولية او رئوية من كثرة الخشكريشات

* * *

هذه هي اهم التناذرات المؤلمة التي تصادف في استيلاء السرطان المتسع على الصقل في مريضات مصابات بسرطان الثدي ويظهر ان هذه الحالات الالمية قد كثرت عن ذي قبل ولعل كثرتها عائدة الى تقدم فن المداواة وطول أجل المصابات بسرطانات الثدي .

ونحن نعتقد انها زيادة ظاهرة فقط لاننا اصبحنا اليوم اكثر انتباهاً الى عزو الآلام التي تظهر في مصابة بسرطان الثدي الى اسبابها الحقيقية واشد اطلاعاً بالفحوص الشعاعية المتسلسلة على كشف الآفات العظمية المسببة للتناذرات الالمية .

❀❀❀

مؤسسات الاسعاف والصحة في باريز

لا شك ان كل طبيب يقصد عواصم ديار الغرب تتوق نفسه الى زيارة مؤسساتها الطبية . وكان ذلك حالي في زيارتيَّ . غير انه لم يتيسر لي في زيارتي الاولى ان احقق هذه الرغبة تحقيقاً كاملاً لذلك عزمت في الثانية ان اطلع على المؤسسات المذكورة في اشهر عواصم الغرب فرأيت انها في باريز تكاد تكون نموذجاً بسبب ما ادخل عليها من رقي ووسائل حديثة واخذت افكر في خير الوسائل لزيارة المعاهد المذكورة .

وبينما كنت ذات يوم هاماً بمغادرة النزل الذي انا فيه اذا بالحاجب يناديني الى الهاتف واذا بالمخاطب السيد بوازا (Poizat) مدير الدعاية لمعامل (بولان سبسيا) الذي سألني عما اذا كنت راغباً في زيارة مؤسسات باريز او ليون الطبية وقد قال لي انه يكون ممتناً كثيراً اذا لبيت دعوته وصاحبته في زيارة الاماكن المذكورة وقد اتفقنا ان نبتدىء بزيارة مستشفى بوجون (Beajon) الحديث في احد ايام الجمعة صباحاً . فسررت من هذه الصدفة .

قصدت في اليوم المعين الى مقر السيد بوازا في شارع (Jean Goujon) فاذا بي امام بناية ضخمة مؤلفة من عدة طوابق وفيها صحن يشبه صحون الدور الشرقية . تقدمت الى مدير الدعاية المذكور فاذا به شخص لطيف المعشر رقيق الطباع ، صبيح الوجه ، باسم الثغر يجعل مخاطبه الذي تعرف عليه منذ لحظات يظن انه عاد واياه صديقين حميمين وان قد حلت محل كلفة التعارف بينهما الفة الصداقة والمودة . وقد عرض عليَّ ان ازور بصحبته مشافي باريز وبعض دورها

الصحية ومخابرها وان اكون ضيف المعمل في رحلتي الى ليون لزيارة المؤسسات الصحية ومعامل بولان سبسيا فيها فقبلت شاكراً . وابدأ في هذا البحث بذكر ذرو عن المعامل المذكورة لانها هي القسم العلمي الصناعي من ذكرياتي في رحلتي ثم اعود الى البحث عن دور الاسعاف والصحة في فرنسة وخاصة في باريز وليون .

معامل الرون بولان وسبسيا (Usines duRhone,Poulenc -Spécia)

تعنى المعامل المذكورة باستحصال المواد الطبية الصيدلانية والمواد الصناعية والعطورات وقد توصل القائمون على هذه المعامل ان يستحصلوا على جميع ما يلزم للعمل في المعامل نفسها وبعض هذه المعامل واقع في باريز وبعضها في ليون ويشتغل في هذه المعامل ٥٠٠٠ شخص منهم ٢٥٠ مهندساً كيمائياً

وقد تخصصت بعض فروع هذه المعامل فاصبح فرع (Spécia) للمواد الدوائية وفرع (Prolabo) للمواد الكيميائية اللازمة للمخابر والبحوث العلمية والصناعية ولطبع الكثير من الآلات المخبرية وفرع(Rhodiaceta) للحرير الاصطناعي . ومما يدعو الى الاعجاب بمعامل الرون بولان في ليون هو تلك المخابر العلمية من كيميائية وتحليلية .

اما معامل(Spécia) فانها موجودة في ليون بالقرب من معامل رون بولان وتجهز فيها بشكل صيدلاني المواد الكيميائية المصنوعة في مؤسسات الرون بولان وتهيأ في هذه المعامل المجهزة باحدث الوسائل كثير من الادوية الكيميائية المشهورة في انحاء العالم كالنوفار والبرويدون والدملكوس وغير ذلك .

شوكة موفق الشطي

مطبوعات حديثة

١ — الطب الشرعي وعلم السموم

لمؤلفه الدكتور فؤاد غصن

ان الطب الشرعي اصعب فروع الاختصاص على الاطلاق والطبيب الشرعي الحاذق اشبه شيء بموسوعة طبية فهو في حاجة الى الجراحة في تقاريره عن الجروح والكسور والحروق والآفات الجراحية اجمالاً، والى الطب الباطن في ابحاثه عن الامراض الباطنة ، والى امراض العقل والجملة العصبية في مرضاه المتوهين المهروعين والمقلدين منهم، والى الكيمياء في الانسمامات، والى علم الطبيعة في كشف بعض القضايا وحل رموزها . والى المجهر في درس كثير من المواد الطبيعية والمفرزات ، والى امراض الاذن والعين في آفات هذين العضوين وفي الجملة انه في حاجة الى استجماع معلومات وافية كافية من جميع فروع الطب والاّ خبط في تقاريره الشرعية خبط عشواء واضلّ بها المحاكم واضرّ ذوي المصالح فلا عجب اذا قلّ اطباء الشرع ، واعني الحاذقين منهم ، واذا ما عزّ هذا الاختصاص على الكثيرين .

ولا غرابة اذا ما كانت المؤلفات التي تبحث في الطب الشرعي منيعة على الباحث لا تعالجها اقلام المؤلفين الا بكثير من الحيطة والتخوف .

وقد بلغ الطب الشرعي في بلاد الغرب الدرجة القصوى من الاتقان

فيه تحلّ القضايا المعقدة وتكشف الامور المغلقة فكم وقف الحكام مكتوفي الايدي وتولتهم الحيرة امام بعض من القضايا فلم يكن لهم منجداً غير الطب الشرعي فيها . وكم نحا القضاة نحواً ظنوه صائباً فاظهر لهم الطب الشرعي انهم على خطإٍ في ما يعملون وبعد ان سدد خطاهم وغيروا نهجهم تحققوا ان الفن كان مصيباً وانهم المخطئون . اما في بلادنا فلم يرتقِ الطب الشرعي ارتقاءً مناسباً لرقي الفروع الاخرى من الطب وقليلون هم الاطباء الشرعيون الذين يستطاع الالتجاء اليهم في حلّ المشاكل الغامضة ويركن الى استنتاجاتهم في القضايا المبهمة بل قليلون هم الذين يعرفون طريقة الاستفادة من اختصاص الاختصاصيين وبراعتهم في فروعهم واذا كان هذا النوع نفسه لم يرتقِ الارتقاء الكافي فلا عجب اذا كانت المؤلفات التي تبحث فيه قليلة بل نادرة .

ان لغتنا العربية العزيزة فقيرة كل الفقر بمؤلفات الطب الشرعي واذا حوت خزائن كتبها بعضاً منها فانه قد عتق ورثّ واني اذ كر ، اذا لم تخني الذاكرة ، ان اول كتاب عربي في الطب الشرعي ألفه الدكتور علوي باشا ونشره في القطر المصري منذ زهاء نصف قرن ونفدت نسخه جميعها على تمادي الايام .

وقد مثلت في ذلك المؤلف معلومات ذلك العصر واصبح لا يصلح لزمننا الحاضر بعد ان تطور هذا الفن تطوراً محسوساً في خلال هذه المدة الطويلة . وآخر كتاب وقع نظري عليه ألفه المرحوم الدكتور حكمت المرادي الذي عاجله الاجل قبل ان يكمله فجاء مبتوراً فضلاً عن ان احدى

عشرة سنة قد انقضت على طبعه فاصبح لا يفيد مستفيداً .

ومتى عرفنا ان من اكبر العقبات في سبيل التأليف والنشر خلوّ هذه البلاد من شركات تتعاون مع المؤلفين على طبع المؤلفات واضطرار الفرد الى القيام بعمل الجماعة ادركنا الصعاب العلمية والمالية التي يحتاج المؤلف الى تذليلها قبل ان يبرز مؤلفاً او يقوم بمشروع .

يستنتج مما تقدم ان وضع مؤلف جامع في الطب الشرعي امرٌ لا يقدم عليه الا من أوتي علماً غزيراً وصبراً جميلاً فهل استجمع مؤلف زميلنا الدكتور فؤاد غصن الذي نتكلم عنه ما يتطلبه الطبيب الشرعي في يومنا ؟

مؤلف الكتاب : ان المؤلف استاذ الطب الشرعي في جامعة بيروت الاميركية، والطبيب الاستشاري وخبير المحاكم اللبنانية وعضو المعهد الملكي للصحة العامة في لندن، وصاحب المجلة الطبية العلمية التي تصدر عن بيروت ورئيس انشائها ، أضف الى ذلك اختباراً طويلاً وتنقيباً مستمراً وتحفزاً متواصلاً لالتقاط كل طريف وذكاءً فطرياً وتفنناً في الكتابة العربية واطلاعاً كبيراً على اللغتين الانكليزية والفرنسية فجميع هذه المؤهبات تجعل منه خير من مسك اليراعة لكتابة مؤلف في الطب الشرعي واذا ضممت الى ذلك تجرده واستقامته وصدقه ونزاهته كان لك المثال الأعلى للطبيب الشرعي العصري وعرفت ان مؤلف هذا الكتاب قد استجمع الشروط الضرورية لاداء هذه الرسالة للعالم العربي .

ابحاث الكتاب : لم يهمل المؤلف بحثاً قديماً كان او حديثاً الا ذكره في كتابه فبينا ترى بحثاً في الحروق والجروح والخنق والشنق وغيرها

من الابحاث التي عني بها اقدم الاطباء الشرعيين أطالع بحثاً عن الزمر الدموية وتطبيقاتها العدلية وآخر عن غازات الحروب وثالثاً عن تمييز الشعر وتقرير هويته وغير ذلك من ابحاث الطب الشرعي التي لم تذكرها الا المؤلفات الحديثة فابحاث الكتاب والحالة هذه كاملة تكفي الطبيب العربي مؤونة التفتيش في المؤلفات الاجنبية وتغنيه عنها .

لغة الكتاب : فصحى لا تكاد تشوبها شائبة فهي من السهل الممتنع سلسة يستلطفها الطبيب ، ويستسيغها الاديب ، ويستعذبها الحاكم ولا ينبو عنها اللغوي الذي قد يرى فيها بعض الشذوذ عن القواعد ، وعذر المؤلف انه يكتب لفئات عديدة من الناس، للطبيب الذي قد يجهل لغة جدوده وللحاكم والمحامي اللذين قد اعتادا لغة خاصة في القضاء اذا شذّ المؤلف عنها استغربا منه هذا الشذوذ، وللقاضي الديني الذي درج في قضائه وتقاريره على صيغ خاصة لا يحيد عنها، وللشعب الذي قد تكون معرفته للغة العربية ابتدائية فاذا ما علا به المؤلف اضاع عليه الاستفادة مما يطالع .

لست انكر ان كل هذا لا يبيح التجاوز على قواعد اللغة صرفها ونحوها وبيانها فاللغة تستطيع ان تكون نقية مع بقائها سهلة المنال غير ان لواضعي المؤلفات العلمية بعض العذر في هذا التجاوز فهم امام عقبتين عقبة المصطلحات والصيغ العلمية وعقبة جفاف البحث العلمي فاذا تعصب المؤلف للغة فلم يدوّن الا مصطلحات عربية غير مجيز الدخيل في ما يكتب جاء بحثه غريباً ومنيماً على من يطالعه للمرة الاولى ولو هان عليه بعدئذ

واذا البس كتابته من ازاهر البيان والشعر ثوباً سندسياً جميلًا فقدت الابحاث العلمية غايتها وضاع المطالع بين رونق التعبير والحقيقة العلمية نفسها. فعلى القارىء ان يضع نفسه مكان المؤلف قبل ان يبدي رأياً وان يمتنع عن التسرع في النقد فان التطلع الى برج عالٍ وادراك ما فيه من الهفوات الهندسية قد يكون سهلًا ولكن هندسة مثل ذلك البرج المنيع الشاهق امر دونه الصعوبات

مظهر الكتاب : ألبس الكتاب حلة بديعة فقد طبع على اجود الورق طبعاً متقناً وزين برسوم عديدة والحق باطلس تشريحي جميل اتقنت لوحاته اتقاناً متناهياً وذكرت فيها اسماء الاعضاء والنسج باسمائها العربية فجاءت عوناً للطبيب والمحامي والقاضي في مهمته وفهم ما يصعب عليه من الابحاث وأردف بفهرس هجائي جامع مفصل يسهّل على المطالع ايجاد ضالته باقصر وقت ممكن .

....

فالكتاب اذا ما نظرنا اليه من الوجهة العلمية رأيناه نداً لمؤلفات الغرب بحداثة موضوعاته وفضلناه عليها بما فيه من الابحاث الخاصة بقضائنا واذا ما نظرنا الى مؤلفه رأيناه علماً في فنه ونبراساً يستضاء به في فرعه وكان علينا ان نوجه اليه تهانئنا الصادقة بما اتحف به لغة الضاد وان نسدي الى زملائنا واخواننا العرب النصح باقتنائه وتزيين خزائن كتبهم به واذا فعلوا يكونون قد احسنوا الى انفسهم ولغتهم وقدروا في الوقت نفسه جهود المؤلف الكبيرة وعلمه وتفانيه .

مرشد خاطر

٢ — مجلة الفجر

هي مجلة علمية ادبية تاريخية صحية رئيس انشائها الدكتور رئيف ابي اللمع الذي طارت شهرته في عالمي الطب والادب ، صدر جزؤها الاول في فجر السنة ١٩٣٩ فاذا به طافحاً بالموضوعات الادبية والعلمية والصحية .

وليست « الفجر » على ما نذكر حديثة في عالم الصحافة بل ان اديبة لبنان الكبيرة وخطيبته اللسنة الفذة الاميرة نجلا ابي اللمع شقيقة رئيس التحرير كانت تنشئها ثم احتجبت عن قرائها المتعطشين الى مناهلها العذبة منذ زهاء ست عشرة سنة واذا بزميلنا واديبنا ينفخ فيها الآن روح الحياة والتجدد ويصدرها بحلة قشيبة .

فنحن ندعو للزميلة الجديدة بالتقدم ولزميلنا الاديب بالنجاح في بث المبادىء العلمية والصحية بلغة الضاد المفتقرة الى هذا النوع من المجلات . وننصح لقراء مجلتنا بالاشتراك بها وتشجيع هذا المشروع العلمي الكبير

م . خ .

❀❀❀

الجزء ٩ المجلد ١٣

مجلة المعهد الطبي العربي

دمشق في آذار سنة ١٩٣٩ م . الموافق لمحرم سنة ١٣٥٨ هـ .

الجمعية الطبية الجراحية بدمشق

جلسة الثلاثاء في ١٤ شباط سنة ١٩٣٩

١ً — العليم لافوه . جرح صدري بطني بمرمى ناري : مرمى دخل في جوار السرة واستقر تحت الجلد في الوزب التاسع الايسر على الخط الابطي ، صدمة خفيفة . حالة عامة حسنة نبض وحرارة متوافقان، تقلص العضلتين المستقيمتين الكبيرتين الخفيف ، يتساءل الباحث عما اذا كان الجرح نافذاً او غير نافذ وعما اذا كان التوسط واجباً او غير واجب . شقّ جلد البطن على الخط المتوسط وفوق السرة واستطيع بهذا الشق استقصاء مجرى المرمي فبدا الصفاق (الباريطون) سليماً فلم يفتح وشفي الجريح ،

٢ً — العليم مرشد خاطر ، حادثة التهاب رتج ماكال السلي مع التهاب الصفاق السلي الليفي الجبني وناسور غائطي : مريضة دخلت المستشفى لناسور غائطي في ناحية السرة ففتح بطنها لسد ناسورها واذا بعرى اربع دقيقة متقرحة ملتصقة بمجرى الناسور واحداها منفتحة مباشرة فيه وبعد فك هذه العرى وتحريرها

وسد القروح فيها بدا رتج ما كال ملتصقاً بمجرى الناسور وغير منفتح فيه ومتصلاً بعروة دقيقة بعيداً عن الاعور زهاء عشرين سنتمتراً فقطع ورمم المعى وكان الرتج مرصعاً بحبيبات سنجابية وقد اثبت الفحص النسيجي انه مصاب بآفة سلية . والمفيد في هذه المشاهدة بقاء الرتج ٣٥ سنة بدون اقل عارضة ثم اصابته بالسل بعد ان سلّ الصفاق .

المناقشة : العلماء لوسركل ، شوكة الشطي ، مرشد خاطر .

٣ً — العليم لوسركل ، التهاب المشكلة النزفي وحيات البطن : مريض دخل المستشفى باعراض صدمة فاجأته بعد ان تناول طعاماً وافراً شهياً ، خدر قطنه وفتح بطنه فبدت البقع الشمعية على الماساريقا وكان الثرب الكبير صلباً ومنكمشاً والمعثكلة منطمرة في درع من الالتهاب النزفي ، وقد مات المريض بعد العملية بثمان وخمسين ساعة. فكشف فتح جثته حية بطن طولها ٢٢ سنتمتراً كان قسم منها في الكبد والقسم الآخر في القناتين الكبدية والجامعة . وقد قامت هذه الدودة في هذه الحادثة بما تقوم به الحصاة في احداث التهاب المعثكلة النزفي بسدها القناة وعودة الصفراء الى المعثكلة .

المناقشة : العلماء شابو ، لوسركل ، شارل .

٤ً — العلماء ترابو ومريدن وسبيح — خراج كبد وكيسها المائي : حادثة نادرة مريض مصاب بزحار متحولي اثبته المجهر بكشفه في الغائط متحولات وغلفاً ، كبده كبيرة مؤلمة فيها مجمع كبير ممتلىء سائلاً وفي الدم ازدياد الكريات البيض والكثيرات النوى منها ، اشير على المريض بالتوسط الجراحي فرفض ، ثم اصيب بفالج شقي فجائي بعد بضعة ايام مع ارتفاع الحرارة وقضى نحبه بعد

هذه الطارئة . وكان التشخيص حتى تلك الساعة : خراج كبد متحولياً معرقلاً بصمامة عفنة . وبما ان اهل المريض لم يسمحوا بفتح جثته فقد بزل ورمه فخرج منه مائع صاف كماء الينبوع الامر الدال على ان التشخيص كان خطأً وان الورم الذي ظن خراجاً لم يكن الا كيساً مائياً في كبد ملتهبة واما الفالج الشقي في مريض عمره ستون سنة وضغطه منخفض فكان سببه تلين الدماغ على ما يرجح ولم يكن للكيس المائي علاقة به

المناقشة : العليمان شابو ، ترابو م . خ .

❀ ❀ ❀

١ ــ جرح بطني صدري بمرم ناري

للعليم لافوه

ترجمها العليم عزة مريدن

اننا لا ننقل هذه المشاهدة اليكم الا لكوننا عددناها معضلة صعبة في جراحة الاسعاف ولان الجراح يستطيع التصرف بها وفقاً لما يبدو له من الفحص الذي يقوم به ، وغرضنا ان نبين لكم المراحل المتتابعة لمحاكماتنا السريرية قبل ان يستقر رأينا على التوسط الجراحي .

دخل جندي شعبة الجراحة في مستشفى فيرييزيه بدمشق في ٢١ كانون الاول من السنة ٣٨ مصاباً بمرم في الناحية الصدرية البطنية

فحصنا الجريح فور دخوله فرأينا مدخل المرمي في جدار البطن وفي ايمن السرة زهاء ٦ سنتمترات وعلى مستوى اعلى قليلًا من الاضلاع الكاذبة ولم يكن مخرج المرمي ولكنه كان يجس تحت الجلد بحذاء الورب التاسع الايسر وعلى الخط الابطي المتوسط فيكون المرمي قد اتبع مسيراً صاعداً من الايمن الى الايسر ومن الاسفل الى الاعلى . فالمعضلة الجراحية التي جابهناها تختصر بما يلي :

أنحن بازاء جرح نافذ مع آفة حشوية او ان الجرح جداري فحسب ؟
ان هذه المعضلة لا بد من حلها في السريع العاجل لاختيار طرز التوسط الجراحي ففي الحالة الاولى فتح البطن وترميم ما خربه المرمي وفي الحالة الثانية تنضير الجرح فقط .

ان مسير المرمي المستبطن للصفاق يحملنا على الظن باصابة الاعضاء التالية اذا كان الجرح نافذاً: الكبد اولاً ولا سيما فصها الايسر، المعدة، الطحال الحجاب الحاجز، الرئة الجنبي الايسر وقد استطعنا بفحص الجريح الكامل من جمع الادلة الكافية: لم يبد الجريح اعراض صدمة خفيفة، نبضه قوي وعدده ٧٥ في الدقيقة وحرارته لا تزيد عن ٣٧،٦، وضغطه الشرياني ١٦ — ٦.

فالحالة العامة الحسنة وعدم شحوب الاغشية المخاطية وبرد النهايات كل هذا كان كافياً لنفي النزف الباطن الوافر موقتاً غير انه لم يكن كافياً لنفي النزف البطيء واما من الوجهة الرئوية فان عدم ظهور الزلة، وعدم سكون الحجاب الحاجز وغيبة العلامات الدالة على انصباب الدم في غشاء الجنب كل هذا يحملنا على نفي التفكير في آفة ما في الرئة الجنبي الايسر. غير ان فحص البطن كان يدعونا الى بعض الشك، فمع ان المريض لم يقيء ولم يعتره غثيان فان جس البطن كان يكشف تقفعاً خفيفاً واضحاً في العضلة المستقيمة الكبيرة اليمنى.

ولم يكن وضوح في الناحية امام الكبد ولا خرس في انحاء البطن المنخفضة.

فالتقفع هو العلامة الوحدة التي جعلتنا نفكر في نفوذ المرمي مع ان المشهد السريري العام لا يوافق النفوذ، هذا اذا تركنا جانباً فرضية تمزق حشا مملوءة تال او نزف باطن متأخر. أجل ان هناك كثيراً من الحوادث تتصف بتناذرات شبيهة بالاعراض الصفاقية درسها روفيلوا حيث الآفة

المنحصرة في عضلات الجدار كافية لاحداث العوارض الصفاقية ولا سيما التقفع . غير ان الاعتماد على هذه العلامة فقط للاقلاع عن التوسط الجراحي قد يكون منه خطر على الحياة ، وقد اجري للمريض فحص شعاعي فلم تكشف ريح صفاقية فيه، فنحن اذن بازاء امرين :

اما اتباع وصية موندور القائلة بوجوب فتح البطن متى كان تقفع او تنضير مدخل المرمي واستخراجه من تحت الجلد والانتظار ريثما تبدو علامات اكثر وضوحاً على اصابة الصفاق فيبادر اذ ذاك الى التوسط .وقد ملنا الى اتباع رأي موندور وقررنا الاستقصاء وعزمنا على اجراء شق على الخط المتوسط فوق السرة مقاطع لمسير المرمي المعترض لنتمكن به من تحقق ما اذا كان المرمي نافذاً فنفتح البطن او ما اذا كان الصفاق لم يثقب فلا نصنع عملية للجريح لا حاجة اليه بها بل نمتنع عن فتح صفاقه .

خدرنا المريض موضعياً وشققنا على الخط المتوسط فوق السرة وفتحنا مسير المرمي الذي بدا على شكل نفق محفور في العضلات وكانت ذروة الذيل الخنجري مكسورة .

ولما بدا الصفاق تراءى لنا انه صحيح ولم يثقب فاغلقنا الجدار وخطنا المدخل واستخرجنا المرمي المستقر تحت الجلد وكانت عواقب العملية طبيعية وخرج المريض معافى بعد ايام قليلة .

لقد قدمنا لكم هذه المشاهدة لنبين لكم الصفحات التي اتبعناها تدريجاً في محاكماتنا السريرية بازاء جرح ناري في الصدر والبطن قبل ان قررنا التوسط الذي بدا لنا جديراً بالاتباع وقد كنا مصيبين في اتباعه .

٢ ـ حادثة التهاب رتج سلي مع التهاب صفاق

سلي جبني وناسور غائطي

للعليم مرشد خاطر

لي الشرف ان اقدم لحضرتكم هذه المشاهدة النادرة :

المرأة خيرية بنت محمد معتوق سنها ٣٥ سنة من حي الميدان بدمشق متزوجة منذ ١٨ سنة ولم ترزق اولاداً دخلت شعبة الجراحة من المستشفى العام في ٢٦ كانون الاول السنة ١٩٣٨ لناسور سرتها ولآلام مبهمة في الحفرة الحرقفية اليسرى منتشرة الى السرة .

سوابقها : اصيبت بنوب صرع منذ زهاء اثنتي عشرة سنة فكانت تنتابها في الشهر ثلاث او اربع مرات وكانت في اثناء النوبة تخبط الارض وتفقد وعيها وتعض لسانها وتلوث اثوابها بالبول وقد عولجت نوبها بالغاردينال فخفت وطأتها منذ ذلك الحين . واحترقت يدها اليسرى في اثناء احدى النوب فافضى الحرق البليغ الى بتر خنصرها وبنصرها الايسرين .

وقد اصيبت بنواسير في الثلث السفلي من العضد الايسر وتحت الابط الايسر انصب منها صديد زهاء سنتين ثم شفيت من نفسها وبدون توسط جراحي ولا تزال الندبات ظاهرة حتى الآن فالنواسير العضدية ملتصقة بالعمق الامر الدال على منشإها من مشاشة النقا السفلى والندبة الابطية ملتصقة ايضاً بالطبقات العميقة وهي من منشإ عقدي .

ومنذ سنتين شعرت ان بطنها ينتفخ واعتراها سعال وتقشع وافر وعرق ليلي وانقطع طمثها منذ ذلك الحين حتى اليوم فدخلت شعبة الامراض الباطنة من المستشفى العام حيث بزل جبنها وشخص « التهاب الصفاق السلي » وبعد ان استشفت زهاء اسبوعين تركت المستشفى ولم تعالج بعد تركها له الا بجرعات كبيرة من زيت كبد الحوت الذي استمرت على اخذه طويلاً

ومنذ زهاء ستة اشهر اخذت تشكو آلاماً في المأنة (الناحية حول السرة) منتشرة الى خاصرتها اليسرى ثم انتبجت هذه الناحية واحمرت وانبثقت عفواً فخرج من الثقب قيح ومادة صفراء لها رائحة الغائط ولم يزل الناسور مفتوحاً حتى اليوم وقد خرجت منه بعد تكونه بعدة ايام حية بطن .

الحالة الحاضرة — البطن: انحاؤه جميعها لينة اذا استثنينا ناحية السرة حيث يشعر بكتلة صلبة مبهمة الحدود ملتصقة بالجلد التصاقاً وثيقاً . ويخيل الى الجاس ان لتلك الكتلة ذنباً منتشراً الى الحفرة الحرقفية اليسرى . وهذه الكتلة جميعها مؤلمة وفيها بعض الجرس الخفيف .

والجلد حول السرة محتقن محمر مرتشح وتحت السرة والى يسارها قليلاً الناسور الذي ذكرناه .

الاشتهاء قليل والعرق الليلي وافر والهزال شديد والحرارة متبدلة من ٣٧,٣ — ٣٧,٨ والنبض من ٨٠ — ٩٠ الاجهزة الاخرى سليمة وليس في جهاز التنفس أثر لعلة سابقة .

التغوط طبيعي ولم تشك المريضة مطلقاً امساكاً او اسهالاً ،

المعاينة بالاشعة : عوينت المريضة بالاشعة بعد حقن ناسورها بكمية من

الليبيودول فسارت المادة الظليلة الى اليسار نحو الحفرة الحرقفيــة اليسرى ثم انتشرت فلم يُدرك بهذه المعاينة مقر الناسور الحقيقي وبعد ان عزمنا على اجراء حقنةشرجية ظليلة في اليوم الثاني لمعرفة ما اذا كان الناسور الغائطي متصلاً باحد القولونات او بالمعى الدقيق رفضت المريضة اجراءها لان الليبيودول كان قد ازعجها في اليوم السابقفقررنا اجراء العملية واجريناها في ٩ كانون الثاني السنة١٩٣٩ .

العملية : بعد خياطة فوهة الناسور عرضاً لان خياطتها كفم الكيس كانت متعذرة لارتشاح النسج الشديد حولها صنع شق معين حول السرة وقطع حتى الغشاء العضلي وسلخ حتى حدود الناسور ثم شق جدار البطن فوق السرة زهاء خمسة سنتمترات في بقعة خيل الينا ان الصفاق (باريطون) حرٌّ فيها فعثرنا على الثرب الكبير المتكثف ملتصقاً بالعرى المعوية حول الناسور حتى ان اقل محاولة في تفريقه كانت تحدث نزفاً غزيراً فتركنا تلك الناحية وشققنا تحت السرة وبعيداً عنها زهاء ستة سنتمترات حيث رأينا صفاقاً حراً واستطعنا الوصول الى ناحية الناسور فرأينا اربع عرى دقيقة ملتصقاً بعضها بالبعض الآخر مؤلفة بقطاً واحداً تلاءمه اغشية كاذبة غير متعضيةسهلة التفريق فبدأنا نفرق العروة بعد الاخرى ووجدنا على كل من العرى الاربع قرحة متفاوتة العمق مناسبة لناحية الناسور وكانت اثنتانمن هذه القرحة ثاقبتين ولاسيما احداها المتصلةمباشرة بفوهة الناسور والمنفتحة في الخارج فانها كانت عريضة ومقطوعة الحافات بيد ان القرحتين الاخريين لم تكونا ثاقبتين . فخطنا القرحتين الثاقبتين خياطة شاملة فخياطة

اخرى مصلية مصلية وطمرنا القرحتين غير الثاقبتين بخياطة كفم الكيس وظننا ان الامر قد انتهى وانا اصبحنا قادرين على نزع الاقسام العالقة بالناسور التي حزرناها واذا بنا بازاء قطعة اخرى ظنناها عروة خامسة للوهلة الاولى متصلة بناحية الناسور وغير منفتحة فيها غير اننا بعد معاينتها رأينا سطحها مرصعاً بكيسات عديدة ممتلئة مادة مصلية ليمونية وجدر تلك الكيسات رقيق جداً حتى اننا لم نكد نمسها حتى انبثقت فبعد ان حطنا جوف البطن جيداً برفادات فرقنا تلك القطعة واذا بنا امام رتج ما كان المستحيل استحالة كيسية وقد بدا لنا بعد انبثاق تلك الكيسات سطح موضع بحبيبات صغيرة تشابه بمنظرها المرئي الحبيبات السنجابيـة وكان ذلك الرتج ممتداً من السرة الى اليسار حيث ينتهي بعروة دقيقة بعيداً عن منتهى اللفائفي زهاء عشرين سنتيمتراً فقطعناه ورممنا مغرسه ، وانهينا العملية بمعاينة الاحشاء فرأينا في الماساريقا بعض العقد اللنفاوية الصغيرة المتنبجة فاستخرجنا واحدة منها وبعثنا بها وبالرتج لدار التشريح المرضي. وقد شققنا الرتج قبل ارساله فاذا به حبلاً ليفياً مسدوداً تحيط به هذه التنشؤات الكيسية التي جئنا على وصفها. فجاء الفحص النسيجي مثبتاً الآفة السلية في العقدة والرتج معاً .

توابع العملية : بدا في المريضة منذ اليوم الرابع فلغمون في جدار البطن اضطرنا الى قطع غرز الخياطة فانفرجت شفتا الجرح غير ان الصفاق لم يتفاعل اقل تفاعل والجرح الآن مبرعم وآخذ بالاندمال .

النتيجة : ان المريضة التي جاء في سوابقها ما يثبت السل : نواسير المرفق والابط ، التهاب الصفاق السلي الحبني الشكل ، اصيبت في النهايـة بالتهاب

الصفاق الليفي الجبني الذي افضى الى مجمع مصلي قيحي انفتح عند السرة وهو ما يعرف بفلغمون فالن (Vallin) حول السرة وقد قرح هذا السل المتجبن اربع عرى دقيقة وافضى الى ناسور غائطي . واما رتج ما كال فقد سلَّ بدوره ونرجح ان سله كان ثانوياً لسل الصفاق ولم تكن له اقل علاقة بالناسور . ولم يتصف باقل عرض خاص الا الالم المنتشر الى اليسار ولم يتعرقل باقل عرقلة بل ان كشفه كان صدفة في سياق العملية الجراحية .

. . . .

ان هذه المشاهدة مفيدة :

١ً - لبقاء رتج ما كال في هذه المريضة زهاء ٣٥ سنة كامناً وغير متعرقل باي اختلاط

١ً - لاصابة هذا الرتج بآفة سلية وسل الرتج آفة نادرة

المناقشة : العليم لوسركل : ان هذه المشاهدة كما ذكر الزميل مفيدة لان رتج ما كال لم يشترك في تكوين الناسور مع انه قد يكون وحده سبب ناسور معزو الى اسباب اخرى ولا يعرف الا بعد الاستقصاء الجراحي ومفيدة ايضاً لان الرتج في هذه المشاهدة لم يحدث عوارض خطرة فقد رأيت رتوجاً احدثت عدا الناسور انسداداً في الامعاء وعليه متى ظهر ناسور في ناحية السرة كان لا بدّ من التفكير في رتج ما كال .

العليم شوكت الشطي : كشف الفحص النسيجي آفات سلية في العقـدة اللنفاوية وصفات كشمية في خلايا رتج ما كال البشرية فلا يبعد ان تكون المريضة مصابة بسل قديم أدى الى تخرش الخلايا فسرطنها كيف لا وقد

عرف حديثاً ان التضاد الذي ظنه القدماء موجوداً بين السل والسرطان وهمي وان السل بتخريشه المستمر يعدُّ العدة للسرطان وقد تكون حالة المريضة من هذا النوع .

العليم مرشد خاطر : لست اظن ذلك فلم تبدُ لي من الوجهة السريرية اقل علامة دالة على استحالة خبيثة واظن ان العقدة اللنفاوية لم يبدُ فيها شيء من هذا النوع بالفحص النسيجي .

العليم شوكة الشطي : اجل ان آفات العقدة كانت سلية محتة والاجربة السلية كانت منتشرة فيها جميعها .

❀❀❀

التهاب المعثكلة الحاد والحبليل

للعليم اوسركل

ترجمة العليم محمد وحيد الصواف

المريض س . . . عمره ٤٧ سنة دخل المستشفى في الساعة الحادية عشرة من يوم الخميس في ٢٦ كانون الثاني السنة ١٩٣٩ مرسلاً من قبل احد أطباء المدينة بتشخيص انسداد الامعاء .

أصيب المريض امس ذلك النهار : يوم الاربعاء في الساعة التاسعة صباحاً اي قبل ٢٦ ساعة ، بعد ساعة من تناول طعامه ، بألم شديد في الشرسوف لم يلبث ان امتد كالسفود من المراق اليمنى الى المراق اليسرى ، ألم نشبهه نحن بطعنة الخنجر ويشبهه المريض بكي ميسم غليظ . وقد استمر الألم السفودي حتى دخول المريض للمستشفى .

ثم استشار المريض في مساء اصابته طبيباً فوصف له جرعة مسكنة وجرعة (ريفيار) واستشار طبيباً آخر في الصباح التالي فارسله الى المستشفى وما بين الاستشارتين اجترع المريض نفسه مسهلاً قاءه فوراً .

لم يبل المريض منذ امس فقثطر واخرج منه ليتر من البول وا كثر .

ليس في البطن تطبل ظاهر جداره رخو مؤلم في الشرسوف والمراقين لا ترتسم عرى معوية تحته . فحصه سهل لا تقفع فيه ولا دفاع يذكر سواء أفي الشرسوف ام في ناحيتي الزائدة والمرارة .

ليس من ورم بالجس العميق ولا يكشف المس الشرجي شيئاً . الحالة العامة سيئة : المريض مصدوم يبلله عرق بارد حرارته ٣٦,٥ نبضه ١٢٠ على ان توتره الشرياني ١٥ ـ ٩

نحن في اسبوع عيد النحر ، وقد صام المريض يوم الثلاثاء وافطر في مسائه على مائدة احد الاغنياء (ان هذه الايضاحات ضرورية لفهم ماسيأتي) ثم نام المريض واصبح مفطراً فتناول طعاماً ثقيلًا في صباح الاربعاء مؤلفاً من مدقوق الحمص بالسمن (مسبحة) ومن الحليب وبعض المربيات فشعر بعدها في الحال بثقل ظاهر في الشرسوف . ثم ذهب الى عمله فتغوط وبعد عشرين دقيقة من ذلك حدثت الفاجعة وقد اضطرتنا حالة المريض ، ونحن لم نضع تشخيصاً اكيداً لان المعلومات السابقة لم نحصل عليها الا مؤخراً ، الى الاستقصاء .

مريضنا غير منفضج وقد علمنا منه فيما بعد انه كان يشكو منذ ٤ ـ ٥ سنوات نوباً ألمية متقطعة في المراق اليمنى تأتي في كل ١٠ ـ ١٥ يوماً او في كل شهر وقد اصابته الاخيرة منذ شهرين . عزيت هذه النوب تارة الى الزائدة وطوراً الى المرارة وكانت تستمر ٣ ـ ٤ ايام يصحبها يرقان وبول مصطبغ بدون تغير في لون البراز . ولم يفحص المريض بوله ابداً .

منذ تسعة اشهر اصيب المريض بكمنة في العين اليسرى عالجها بدون كبير فائدة بحقن الوريد بسيانور الزئبق وهو ينكر الافرنجي ولم يصب قط بمرض ، امرأته لم تجهض ، له خمسة اولاد في قيد الحياة صحتهم جيدة .

وبعد ان حضر المريض بالوسائل العادية بضع فوراً بعد تخدير قطني

بـ ٤٠٠ سغ من الستوفائين تحملها المريض بسهولة تامة وفتح بطنه تحت السرة للاستقصاء .

ولدى فتح الصفاق تدفقت من البطن كمية وافرة من سائل مصلي مدمى وظهرت عرى الامعاء محتقنة بدون توسع يذكر فيها . وقد لاحظنا على الماساريقا بالاستقصاء بالشفوف بقعاً بيضاً قادتنا نحو الثرب الكبير المنكمش الصلب ، المحتشي والمرصع بمحصولات الموات الشحمي فوضع التشخيص .

وسع الشق في العالي فظهر الثرب المعدي القولوني مرتشحاً محتقناً يصعب المرور من خلاله . وبعد فتح ممر بين القولون والثرب وسلخ البؤرة النزفية التي تملأ الجوف خلف الثروب وصلنا الى المشكلة (pancréas) المحتشية فحررناها من ارتشاح الدم .

ثم فحصنا بسرعة المعدة والطرق الصفراوية والعفج (الاثنا عشري) فلم نشاهد فيها ما يستوقف النظر . وبعد تجفيف جوف البطن بالمستنشفة خيط الجدار طبقة واحدة وجفر جوف الثروب الخلفي ورتج دوغلاس بميكوليز

وعلى الرغم من جميع الوسائل المتخذة تابع انسمام الدم سيره فحضرنا المشهد العادي لالتهاب المشكلة النزفي الحاد : استفحلت الاقياء وازداد التعرق انكمشت الملامح وغارت العينان ، تاه النظر وبردت الاطراف ولم يعد النبض محسوساً ومات المريض مساء الجمعة في الساعة السابعة بدون ان يتبرز وبعد ان بال كمية قليلة من البول . وهكذا استمرت الفاجعة يومين ونصف اليوم اي ٥٨ ساعة بالضبط .

وقد طلبت الى معاونيّ ان يراقبوا المحتضر وان يحاولوا استئصال المشكلة

والملتقى العفجي قبل ان يأخذ الجثة اهلها الحاضرون لكي اتمكن من معاينة الآفات ومن رؤية السبب المحدث لها كأن تكون هناك حصاة لم اتمكن من العثور عليها في اثناء العملية .

واني اشكرهم على الصورة التي نفذوا بها هذه المهمة وانا مدينون الى اخلاصهم ودقة عملهم بهذه التحفة التي يدور عليها بحثنا .

بعد ربط البواب والصائم استؤصلت المعثكلة والعفج والوجه السفلي للكبد مع المرارة والقنوات الصفراوية الرئيسة ولكن لدى قطع الكبد وجدت احدى القنوات المفتوحة محشوة بمادة بيضاء لم يعهد وجودها في مثل هذه النواحي ولشد ما كانت دهشة الجراحين عند ما وجدوا انها حبليل قطع في اثناء قطع الكبد فبقيت قطعة منه في ملء الكبد والقطعة الاخرى في لمة القناة الكبدية والجامعة ولما قربت القطعتان تألف منهما جسم حبليل طوله (٢٢) سم وقطره (٤) مم قطع في منتصفه تماماً .

وفيما عدا ذلك لم نجد سوى ما يشاهد عادة في مثل هذه الآفات : خثور الاوعية المعثكلية ، معثكلة متنخرة . حليمة سانتوريني مسدودة ، مجل فاتر مفتوح ينفذ منه القاثاطير ويخرج في حذاء مقطع القناة الكبدية وليس ما يستحق الذكر في القناة الجامعة ولا في المرارة .

لقد شاهدنا اذاً سيراً دوسياً لحادثة التهاب معثكلة نزفي زيدت على اخواتها من الحوادث التي نشرت وهذه الآفة قليلة التصادف لحسن الحظ فقد عرفت تماماً بعد الابحاث العديدة التي اجريت بشأنها في هذه السنوات الاخيرة .

وقد كانت الحادثة شكلاً وسطاً خفيف الحدة اكثر منه حاداً، سارت سير فاجعة التهاب المشكلة الصاخب الذي وصفه ديو لافوا غير انها تركت الوقت الكافي لحدوث التنخر الشحمي فتجلى ببقع شمية وصفية قلما نشاهد مثلها وما كنا لنقدمها لكم لو لم يرافقها حادث نادر : وجود الجبليل في الطرق الصفراوية .

ان ما تقدم يوضح الآلية السببية التي كثيراً ما تكون غامضة في بحث التهابات المشكلة .

لماذا تغدو العصارة المشكلية التي لا تؤثر عادة في قنواتها المفرزة في شخص متمتع بصحة ظاهرة حسنة، فعالة فجأة حتى انها تهضم العناصر التي افرزتها ؟ ولماذا يتبع هذا الانهضام الذاتي انسمام ذاتي مميت في بضع ساعات ؟

حاول المجربون ايضاح ذلك باحداث الآفات تجريباً فبينوا ان الصفراء اذا حقنت في القنوات المفرزة لمشكلة إبان الافراز (وهي حال المشكلة بعد طعام ولهذا توسعت في ذكر التفصيلات في البدء) توقظ خمائر العصارة المشكلية وبالخاصة خميرة التريبسين . وتؤدي يقظة التريبسين الى الحفل الدموي الشديد الذي يمزق الاوعية الشعرية فالى النزف . فتهضم عصارة المشكلة الفعالة نسيج الغدة نفسه وتجوز حدودها فتنتشر في النسج الشحمية المجاورة موقظة خميرة الشحم فتضاعف هذه الشحوم وتصنع الصابون غير المنحل الذي يتراكم بقعاً بيضاً كبقع الشمع .

ويحدث الموت اما بالصدمة العصبية (الضفيرة البطنية) او بالصدمة السمية يحدثها غؤور انقاض خلايا المشكلة . وهناك نظرية اخرى في حدوثه

وهي صدمة التأق في مريض متحسس بسلسلة نوب متقدمة تندفع في كل نوبة منها كمية من العصارة الى البدن حتى اذاما تحسس بها تماماً انهزم امام هجمة جديدة تشنها عليه .

والآن كيف تدخل الصفراء المعثكلة مؤلفة من العصارة المعثكلية سائلاً ممرضاً ؟ استنتج من كثرة مرافقة الحصيات الصفراوية لالتهابات المعثكلة ان حصاة مكتنفة في مجل واتر تؤدي الى زيادة في ضغط الصفراء فوقها فتندفع هذه في المعثكلة. وقد عللوا تراكم الصفراء ايضاً بتشنج في مصرة أودي ينشأ من المرارة او من الطرق الصفراوية .

وعلى العكس عللوا ايضاً يقظة عصارة المعثكلة بدخول سائل العفج ووصول مفرز الامعاء (الانتروكيناز) الى قناة (ويرشونغ) متى شلت مصرة واتر .

لنعد الآن الى مشاهدتنا ولنبحث فيها على ضوء هذه المعلومات . ألا يمكن للحبليل حيث وجدناه ان يبعث دوراً من هذه الادوار الممرضة التي يكتنف الغموض بدءها في اكثر الحالات ؟ ألا يمكنه في اثناء هجرته وعودته ان يسطم مجل واتر فيزيد في ضغط الصفراء ويحدث التهاب المعثكلة ؟ ألا يمكنه بوجوده فقط او بمفرزاته ان يبعث انعكاساً فيشنج المصرة او على العكس يفلجها فيدخل سائل العفج في قناة (ويرشونغ) ، ألا تكفي مفرزاته بنفسها لايقاظ عصارة المعثكلة كما يفعل ذلك انتان أو خميرة ؟ أفلا تعزى الكمنة التي ذكرناها في السوابق الى سموم الحبليل ؟

واخيراً منذ كم سكن حبليلنا القنوات الصفراوية ؟ واذا كان قد سكنها

منذ اشهر افلا يمكنه ان يكون السبب في التهاب معثكلة مزمن تجلى بالنوب المتوالية مع اليرقان التي شاهدناها في مريضنا فيكون التهاب المعثكلة المزمن قد هيأ التهابها الحاد

كل ذلك نظريات اتركها لتحريات المجربين .

ومهما يكن فان وجود الجليل في القنوات الصفراوية بجوار قناة (ويرشونغ) في التهاب معثكلة حاد نزفي هو على ما نرى عامل سببي يمكنه احداث آفة لا يزال منشأها غامضاً

المناقشة :

العليم شابو : ان مشاهدة الاستاذ لوسركل مفيدة كل الفائدة . ولم اكن لاظن ان المستشفى العام في بلد اشتهر سكانه بالقناعة يتاح له ان يرى بينهم نهماً يسوقه نهمه الى التهاب المعثكلة النزفي . غير ان سبباً آخر قد ساعد على احداث هذا الداء هو ان قوائب (larves) احد طفيليات الامعاء قد سلكت مجاري الصفراء وسارت الى الكبد حيث استقرت وبلغت دور الكهولة ، فبدت اذ ذاك عوارض التهاب القنوات الصفراوية والمرارة العادي مع انسداد صفراوي وهذا ما اعترى المريض قبل التهاب معثكلته النزفي .

والتهاب المعثكلة النزفي تسمية سيئة لانه لا التهاب في المعثكلة بل موات فيها او بالاحرى انهضام ذاتي تحدثه خمائر ثلاث تحتويها الغدة في حالة طليعة الخميرة (proferment) غير انها متى نشطت بخميرة اخرى وتوفرت لها الاسباب الموضعية اتصفت بصفة الهضم والتخريب .

والمرضى الذين تلتهب معثكلتهم يصابون بهذا الالتهاب دائماً في دور الهضم . وتصادف الحصى الصفراوية فيهم بمعدل ثاني الحوادث وتتسع مرارتهم في معظم الحالات وتندر مصادفة قرحة الاثناعشري فيهم وفي حادثة الاستاذ لوسركل وجدت حية بطن في القنوات الصفراوية وجميع الفرضيات التي اوردها الموسيو لوسركل ممكنة الحدوث غير ان الآلية الحقيقية لا تزال غامضة .

واية كانت هذه الالية عفنة او قنوية او وعائية او تأقية (anaphylactique) فلا بد من اتقاء الهضم الذاتي متى ظهرت الحادثة بالوسائط الدوائية العديدة المقتبسة من الإمراضات (pathogénies) المختلفة .

١ — يجب منع المعثكلة عن الافراز : اعتنافاً (indirectement) بغسل المعدة بثاني فحمات الصوده لتعديل عصارة المعدة الحامضة المنبهة للافراز ، وقصداً (directement) باعطاء اللفاح (البلادونا) واللفاحين (الاتروبين) اللذين يخمدان التائه . وبالادرنالين والافادرين اللذين ينشطان الدوران المحيطي

٢ — تجب مكافحة التناذر الخلطي (syndrome humoral) بزيادة كلورور الدم لان نقص الكلورور كثير الحدوث في هذا الداء وباعطاء الانسولين اذا كان سكر الدم مزداداً .

٣ — يشير غرغوار ويايح بالتخدير العام المضاد للتأق .

ولكن ايفضل التوسط الجراحي ام الامتناع عنه ؟ يرتأي الالمان وعدد من الجراحين الفرنسيين ان العملية لا فائدة منها لانها صدمة تضاف الى صدمة المرض . هذا اذا ثبت التشخيص : ومريض الاستاذ لوسركل قد تمثل

فيه مشهد موندور النموذجي : ألم شرسوفي فجائي مبرح ، علامات عامة شديدة ، علامات انسداد خفيف وظيفية .

واذا كان الرسم الشعاعي صعب الاجراء في مريض مصدوم ومصاب بالقيء فان هناك اختبارات يستطيع كل مستشفى مجهز تجهيزاً حسناً اجراءها كمعايرة نشا البول وسكر الدم قبل التوسط الجراحي . ويقول بروك لكي يحق للجراح ان يمتنع عن التوسط الجراحي يجب ان يكون سكر الدم على الريق غرامين على الاقل ونشا البول اكثر من الف وحدة وهليجيموت (unités Wohlgemuth) .

ودرس سكر الدم بعد التوسط الجراحي ذو قيمة كبيرة في الانذار .

وغير نكير ان العملية الجراحية ضرورية للتشخيص ولافراغ محصولات الموات والعفونة وقد تكون مزيلة للسبب اذا كانت حصاة واستطيع استخراجها او قرحة واستطيع قطعها . ومن الثابت ان كشف حية البطن كان مستحيلاً كما ان استخراجها لو كشفت لا يشفي المريض شفاء اكيداً . واذا كانت هجرة حيات البطن الى قنوات الصفراء ليست نادرة لان أيغا الياباني نشر منها ١٤ حادثة شخصية فان وجودها في قنوات الصفراء وظهور التهاب المعثكلة النزفي في الوقت نفسه امر نادر .

ومع ذلك فقد اورد شميدن وسايبنيغ حادثة موات معثكلي حاد مع حية بطن في القناة المعثكلية . ونشر لوير وستيادا حادثة انثقاب الاثنا عشري بالشريطية مع بؤر نزفية ومواتية في المعثكلة . ووجد كيرفن في اثنا عشري مريض مات بالتهاب المعثكلة النزفي قطع شريطية طولها خمسون

سنتيمتراً كان زهاء ستة سنتمترات من طرفها الرأسي غائراً في قناة ويرشونغ .

ولست اعلم ما اذا كانت مشاهدات اخرى قد نشرت وجلُّ ما هناك ان الطفيلي بحجمه وبالتنبه العصبي الذي يحدثه ، وبالذيفانات التي يفرزها في جوار المشكلة يستطيع تنشيط طليعة الخميرة واحداث التهاب المعثكلة النزفي الصاعق .

العليم لوسركل: انني اشكر العليم شابو لاتحافنا بنتيجة مطالعاته ولست اشك ان التحاليل التي ذكرها مفيدة كل الفائدة غير انني لا اعلم ما اذا كان الجراح يفكر فيها متى كان بازاء مشهد راعب كمشهد التهاب المعثكلة النزفي حيث التوسط الجراحي السريع يعد الواسطة الوحدة التي يرجى منها نجاح المريض من الخطر العظيم الذي يتهدده .

العليم شارل : وقد يحدث ان الجراح يشخص التهاب المعثكلة النزفي غير انه بعد فتح البطن لا يرى اقل آفة الا صفاقاً (باريطوناً) واعضاء محتقنة وشرايين نابضة . والتهاب المعثكلة الذي يشفى باللفاح (البلادونا) والاتروبين وغيرهما من الادوية بدون توسط جراحي هو في الغالب التهاب معثكلة نزفي موهم .

❀❀❀

خراج كبدي وكيس مائي

للعلماء ترابو ومريدن وصلاح الدين سبح

نقدم اليكم مشاهدة غريبة جعلتنا نزعم ، استناداً الى السوابق والسريريات والفحوص المخبرية ولا سيما الى عرقلة ممكنة الحدوث ، ان مريضنا مصاب بخراج كبدي مع ان نهاية الاستقصاء كشفت لنا كيساً مائياً ، واظهرت اننا وقعنا في خطاء لم يكن بالامكان اجتنابه ونؤكد ان المريض كان في حرز من جميع المحاذير لو انه قبل التوسط الجراحي الذي لا بد منه سواء أفي خراج كبدي ام في كيس مائي وها كم اولاً ما حدث :

المدعو س . توكاتيليان وعمره ستون سنة أرمني الأصل من اسكندرونة دخل المستشفى العام في ٥ تشرين الثاني سنة ٩٣٨ لآلام في مراقه اليمنى تالية لزحار عنيد ، وقبل عشرين سنة كان يتألم من بطنه مع اسهالات وزحير وبراز مدمى وقه وضعف عام ، وقد عولج بالامتين وشفي اذ ذاك ، وبعد سنتين عادت الآلام البطنية اليه مع آلام في المراق اليمنى منتشرة الى الكتف الموافقة وعاد معها القمه والاقياء والتقزز من الشحوم ، وعولجت جميع هذه الاعراض بالامتين وشفي المريض بسرعة .

وأصيب بهجمة ثالثة ظهرت فيها جميع الاعراض السابقة فعولج ايضاً ولكن المعالجة خابت في هذه المرة مع كثير من الاطباء الذين جربوا كثيراً من الادوية ثم ارسلوه الى المستشفى للمعالجة .

فحصنا المريض فشاهدنا وجهاً شاحباً ، حالة عامة سيئة ، تقبباً كبيراً تحت اضلاع المراق اليسرى ، عضلات متقفعة بالجس ، خرساً كبدياً على مسير ٤ — ٥ اصابع تحت الاضالع الكاذبة وعلى الخط الحلمي، وأظهر الجس ان حافة الكبد في الحدود المذكورة وكأنها جيب سائل كبير مستدير ينهز وقد كشف فحص البراز كثيراً من المتحولات وغلفها ، وبيوض حيات البطن والدوبيات المشعرة ، وبلغ عدد الكريات البيض ١٩,٥٠٠ في الملتر المكعب بينها ٧٧ ./٠ من كثيرات النوى و ١٠ ./٠ لنفاويات و ٨ ./٠ وحيدات النوى الكبيرة و ٥ ./٠ محبات الأيوزين . وظهر من فحص البول وجود اثر من الآحين ، وكان مقدار بولة الدم ٠,٣٢ سانتغراماً ولم ترتفع حرارة المريض ، وكان ضغطه الشرياني ١٣,٥ — ٨ .

جربت المعالجة بالامتين بمقدار ١٠ سانتغرامات في اليوم واكملت بالياترن عن طريق الفم فخفت الآلام ولكن الورم ظل في حدوده الاولى وخف الالم لدى الضغط .

قررنا التوسط الجراحي . ولكن المريض رفضه وطلب مغادرة المستشفى ثم فاجأته حرارة في ١٣ تشرين الثاني فبلغت (٣٩) وعقبها عرق عزير بلل جسمه مع عرواء وضياع الرشد ظهرت في عقبه لقوة من النموذج المركزي وفالج شقي ايسر ، ومنذ ذلك بدأ المريض يدنف بسرعة ومات في صباح ١٩ تشرين الثاني بعد ستة ايام من النشبة .

نعتقد ان أياً كان منكم، حينما يسمع بهذه المشاهدة يذهب به الظن مثلنا الى النتائج السريرية ذاتها : داء المتحولات المزمن منذ عشرين سنة ، وجود

المتحولات وغلفها في ألبراز ، حجم كبدي سائل ، ازدياد في عدد الكريات البيض وازدياد في الكثيرات النوى منها ، تحسن الآلام بالامتين ، واخيراً نشبة فالجية كل ذلك يعني تشخيصاً لا يختلف فيه اثنان هو خراج الكبد المتعرقل بصمامة عفنة والمؤدي الى دنف مميت ، والنظريات الاقرب الى المنطق تتعرض في السريريات الى الخطإ كنظريات البشر كلها في الامور كافة

لم نستطع فتح الجثة ولكننا بزلنا المجمع السائل ، وكم دهشنا حينما استخرجنا بالبزل سائلاً صافياً كماء الينبوع ، فكان الورم كيساً مائياً قائماً ، على الارجح ، على انقاض كبد مصابة بتناذر شوفار .

لم يكن يؤدي الامر الى ضرر ما لو ان المريض قبل العملية في الوقت المراد ولكان الكيس المائي الذي عرف بعد الفتح، بضع في الحال ولكانت المعالجة بالامتين بعد العملية لشفي بدورها تناذر شوفار .

ولكن هل كان بالامكان الابتعاد عن الوقوع في هذا الخطإ قبل العمل الجراحي ربما امكن ذلك اذا استقصينا الكبد بالبزل ، ولكن البزل ممنوع منعاً مطلقاً حينما تكون الحادثة كيساً مائياً ، ولا ينصح به الا قليلاً في داء المتحولات المتقيح ولكن أ كان من المستطاع سريرياً ان يفكر في غير ما ذهبنا اليه في هذه الحادثة ؟ ربما كان تزايد محبات الايوزين (٥ ٪) مما يلفت الانظار ، غير ان هذه النسبة لم تكن كافية وحدها للتفكير او الشك لا سيما والمريض مضيف بثلاثة طفيليات: المتحولات ، وحيات البطن ، والدويبات المشعرة ، ولم نعلم من استجوابه انه اصيب باي عارض تأق سابق : ربو ، شرى حكة ، ولذلك لم نجد مايدعونا الى إجراء تفاعلات

(كازوني) او (واينبرغ ـ بارفو) فضلًا عن ان اجوبتها ليست قطعية ايضاً

لم يكن لدينا حتى ظهور الفالج الشقي والنشبة ما يدفع عنا الخطأ الذي وقعنا فيه بل ان الفالج او النشبة يؤيدان ما ذهبنا اليه ، وذلك لان الصمامة العفنة التي دل عليها ارتفاع الحرارة الفجائي ، وعقبتها النشبة والفالج ، ممكنة الحدوث ومعروفة في خراج الكبد المتحولي المتأخر بضمه كثيراً ، ولكن يصعب التسليم بها في فرضية الكيس المائي . وسؤال أخير نورده : هل الصمامة المائية التالية لهذا الكيس الكبدي موجودة ؟ اننا نأسف لعدم وجود مآخذ بين ايدينا تكفينا مؤونة الجواب على هذا السؤال ، ولكننا نقدر ان الحوادث من هذا النوع نادرة جداً ، واننا نظن ،ونحن لم نستطع فتح الجثة لان عائلة المتوفى رفضت ذلك ، بتصادف حدوث نشبة عادية بتلين الدماغ في رجل عمره ستون سنة وضغطه الشرياني قليل الارتفاع (١١ ـ ٨،٥) اما ارتفاع الحرارة عند النشبة فيعلل بامتداد الآفة التي احدثت موتاً سريعاً ولا سيما اذا كانت هذه الآفات مجاورة للبطينات فأدت الى حدوث اضطرابات وعائية حركية في حذاء المراكز المنظمة للحرارة في القاعدة

المناقشة : العلم شابو : ان اختباري الشخصي عن خراجات الكبد قليل غير انني اعتقد انه متى كانت الكبد ضخمة ومؤلمة في مريض مصاب بزحار ولم تحسن بالامتين وجب التحفظ والاستقصاء الجراحي

العليم ترابو : وهذا ما صنعناه فقد بعثنا بمريضنا الى شعبة الجراحة للاستقصاء غير ان المريض امتنع عن قبوله .

❀❀❀

مشاهدات طريفة

رمّة ورم الرحم الليفي وتدنيه الى ورم عفلي

للعليم وجيه نجا (باريس)

أ — رمة ورم الرحم الليفي :

من المعلوم ان ورم الرحم الليفي هو ورم سليم واعراضه هي :

١ . — طمث غزير مع علقات دموية ، ومن النادر ان ينشأ ورم ليفي في الرحم دون ان يؤثر في الطمث .

٢ . — نزوف رحمية ، اهم صفاتها وجود فواصل بينها لا نزف فيها ولا ضائعات .

٣ . — المس المهبلي: يشعر الفاحص ان حجم الرحم كبير وقوام الورم قاس وهو غير مؤلم بالضغط ، وبما ان الورم رحمي اذا حركه الفاحص تنتقل حركته الى عنق الرحم .

٤ . — قياس جوف الرحم : لدى قياس جوف الرحم نجده اكبر مما هو عليه عادة ، ويختلف هذا باختلاف حجم الورم .

هذه هي اعراض الورم الليفي مختصرة، فاذا اختل نظام هذه الاعراض نحكم ان قد بدأ الورم يتعرقل ، وأولى عراقيله هي رمته . (Nécrobiose)
عند ما نجد الرحم مؤلمة بالضغط يجب ان نفكر حالاً في رمة الورم

ويبدأ هذا طاهراً (aseptique) وطالما هو كذلك لا خطر فيه ولكنه قد يتعفن فجأة فيصبح شديد الخطر ويهدد الحياة وتسوء معه الحالة العامة وقد تبلغ درجة تحول بين الجراح والتوسط الجراحي فيقف مكتوف اليدين لا يستطيع عمل شيء لانقاذ مريضته .

ان سبب التعفن هو وصول الجراثيم الى انسجة الورم الميتة واما مصدر الجراثيم فاما ان يكون جوف الرحم او النفيرين او الامعاء او انها تأتي بطريق الدم في عقب انتان عام كالنزلة الوافدة ، فتظهر اعراض شديدة : آلام بطنية حادة وحرارة عالية وعرق غزير ونحول سريع وفقر دم وضائعات نتنة . واليك هذه المشاهدة التي حدثني عنها الاستاذ موكو :

المريضة م . . . راجعت موكو في عيادته الخاصة لاضطراب في الطمث ولدى الفحص تبين له انها مصابة بورم ليفي فنصح لها بالعملية الجراحية فأبت . وبعد بضعة اعوام اصيبت بالنزلة الوافدة ، وفي اليوم الثالث من اصابتها بدت فيها اعراض شديدة اضطرب امامها الطبيب المداوي ودعا موكو الى الاستشارة الطبية ليلاً فوجد النبض ضعيفاً والبطن متطبلاً والحرارة ٤٠ والضائعات وافرة ونتنة والحالة العامة سيئة ولا تسمح باجراء توسط سريع ، فاجرى لها بعض الاسعافات ولكنها قضت في اليوم الثاني بدون ان يستطاع عمل شيء لانقاذها .

هذه مشاهدة محزنة لا يزال موكو يحمل اثرها في نفسه وقد نشر بعض الجراحين مشاهدات من هذا النوع استطاعوا فيها انقاذ مريضاتهم بالتوسطات السريعة ولكن الحالة العامة كانت تمكنهم من الاقدام على التوسطات

الجراحية . وقدمت طبيبة فرنسية الى الجمعية الجراحية ثلاث مشاهدات من رمة الورم الليفي نقذت العملية السريعة فيها المريضات الثلاث .

وقد تكون الحالة شديدة فلا ينقذ حتى التوسط العاجل المريضة واليك هذه المشاهدة :

امرأة دخلت المستشفى بقصد الاسعاف السريع ولدى الفحص تبين انها مصابة برمة ورم الرحم الليفي فاجريت لها العملية الجراحية في الحال وبعد العملية بقيت الحرارة مرتفعة وقضت المريضة في اليوم الرابع من التوسط ففتحت جثتها للتحقق من سبب الوفاة فلم يشاهد اقل التهاب في الصفاق ، وزرع الدم فكان سلبياً وسجل سبب الوفاه « انسمام دم فائق الحدة »

ان هذه المشاهدات مخيفة وكافية لحمل الطبيب على اظهار خطر الانتظار وتأجيل التوسط الجراحي لكل مريضة تستشيره ويشخص فيها ورماً ليفياً فعملية الورم الليفي العادي ولا سيما بطريق المهبل على سنة جراحي فينه لا خطر فيها قط فعلام انتظار هذا الخطر ولمَ لا نشرح لمريضاتنا بصراحة ما يتعرضن له في التأخير والتطويل ؟ واني قبل ان اختم هذه الكلمة احذر الطبيب الاختصاصي من شيئين · الجرف والاستشماع لان كلاً منهما كافٍ للقضاء على المريضة .

ب — تدني الورم الليفي الى ورم خبيث :

قد يتدنى الورم الليفي الى سرطان بشري او الى ورم عفلي (سركوم) وتقول الكتب المدرسية ان تدنيه الى ورم عفلي امر نادر جداً ، ولاستاذنا موكو رأي غير هذا اذ يقول ان تدنيه الى ورمعفلي اقل ندرة مما كان يظن

وقد يكون النادر وضع التشخيص .

اجتمع عندنا في الشعبة النسائية سبع مشاهدات ثبت فيها هـذا التدني سريرياً ونسيجياً . وانه ليس من السهل وضع التشخيص والحق ان كبار الجراحين يترددون في اعلان هذه المرقلة او نفيها واليك هذه المشاهدة :

في اوائل كانون الاول راجعت العيادة الخارجية في مستشفى بروكا امرأة عمرها ٥١ عاماً . ولدى الفحص رأينا فيها اعراضاً خطرة : الاماً في مراق البطن ، نزفاً رحمياً ، حرارة مرتفعة ، نبضاً خفيفاً ؛ نحولاً شديداً ، ضائعات نتنة ، فدخلت المستشفى حالاً واجريت لها الاسعافات اللازمة .

وعند ما عرفنا انها تحمل ورماً ليفياً في رحمها وضعنا التشخيص الذي يخطر لفكر الطبيب اولاً وهو رمة الورم الليفي . واجري التوسط الجراحي في اليوم الثاني ورأينا لدى فتح البطن رحماً كبيرة عليها لطخ حمر فيها اوعية متوسعة وفقاعات

وقد رأينا لطخاً حمراً على الثرب والصفاق ولم نجد التصاقات فصرح الاستاذ موكو ان هذه اعراض تنشؤ خبيث ، وقد اقتحم الورم الملحقات في الجانبين ، فاستأصل موكو الرحم والملحقات ولدى فتح الرحم وجدنا الورم مستقلاً ومقطع هذا الورم يثبت الخبث بالعين المجردة فارسل الى مخبر النسج وكان الجواب « ورم عفلي » فهل كان من الممكن وضع التشخيص .

ان الاعراض التي رأيناها هي ورم رحمي مؤلم ونزف وحرارة وضائعات نتنة . فهذه الاعراض مشتركة بين رمة الورم الليفي والورم الليفي المتدني الى ورم عفلي ولذلك لم يكن وضع التشخيص سريرياً ممكناً .

ألا يمكن وضع التشخيص ؟

بلى ! في حالتين ، الاولى عند امرأةولود فان استاذنا موكو ما رأى قط ورماً سليماً عند امرأة ولود ، فكل ورم يشاهد هنا وله هـذه الاعراض يحكم بخبثه فليحذر منه الجراح ولينبه اوليـاء مريضته وهكذا يحفظ سمعته . والثانية عند كل امرأة تبدي التهاب الوريـد السابق لتلك الاعراض او المرافق لها .

وقد شوهد تجاور الورم الليفي والورم العفلي في الرحم بدون ان تكون ثمة علاقة بينهما ، ولاثبات ذلك نشرت في باريس ثلاث وعشرون مشاهدة ورم عفلي في الرحم وجد منها ثلاث عشرة حادثة تجاور فيها الورمان بدون ان يشتركا .

وهنا لا يستطيع قائل ان يدعي ان الورم الليفي تدنى الى ورم عفلي لان الفحوص النسيجية الدقيقة اثبتت استقلال كل منهما .

الانذار : خطر والمداواة هي العملية الجراحية وقد شاء بعض الجراحين ان يشفع الجراحة بالاستشعاع فلم تفد هذه الطريقة لان الورم العفلي لا ينتشر الى الجوار بل يعدو الى اقاصي البدن ويعشش فيـه ، فمن الرئة الى الكبد الى الدماغ . . . الخ

❀❀❀

التهاب الحويضة والكلية الحملي السمي

(Pyélo- néphrite gravido- toxique)

بقلم العليم وجيه نجا (باريس)

لوحظت بين التهابات الحويضة والكلية التي تصادف في اثناء الحمل اشكال شديدة الخطر في السنوات الاخيرة . وقد حار كبار الاطباء المولدين وجراحي الطرق البولية في تعليل هذا الخطر فقال بعضهم انه آفة كلوية سابقة زادها الحمل شدة كما في هبوط الكلية . وقال آخرون ، انها آفة راقدة ايقظها الحمل كما في سل الكلية ، وقالوا وقالوا . . . .

واخيراً خطا الاستاذ فروهينشولتز (Fruhinshulz) الخطوة الفاصلة فعزل هذا الشكل سريرياً وامراضياً واسماه : التهاب الحويضة والكلية الحملي السمي :

يتصف هذا النوع الجديد من امراض المرأة الحامل بترافق او تعاقب اعراض الانسمام مع اعراض الانتان المشترك في جميع التهابات الحويضة والكلية،وقد تسود اعراض الانسمام فنجد انفسنا امام شكل سريري خاص لانسمام الدم ولا نستطيع كشف اصابة الكلية الا بعد الفحص الدقيق .

ان اهم ما يتصف به هذا المرض هو استعصاؤه على المعالجة ، فالكيمياء تتقهقر امامه عاجزة ، والمصول ترتد عنه خائبة ، وقثطرة الحالبين وغسل الحويضة يخيبان.ولهذا اترك امراضه واقتحم اعراضه لان المهم معرفة هذا

الشكل الخطر لوضع الاستطباب بسرعة ، وهو الاجهاض الدوائي الذي يبرره حالان خطر التناذر قبل قطع الحمل وتحسن الحال بعده .

يظهر عادة في شابة خروس (اولية الولادة.) في الشهر الرابع او الخامس من الحمل ويختار الكلية اليمنى ثم يمتد بسرعة الى اليسرى ويختلف مظهر البدء سريرياً فلا نستطيع ان نتنبأ عن خطر الاصابة منذ الاعراض الاولى اذ نشاهد امرأة حاملًا تشكو فجأة آلاماً قطنية وبيلة قيحية وارتفاعاً حرورياً ، وهذه اعراض التهاب الحويضة والكلية الحلي ، فلا يتعدل هـذا المشهد السريري الا في الايام التالية متى ظهرت اعراض الانسمام وفي الحقيقة ان كلمة انسمام لا تناسب صفات هذه الاعراض ولكنها اطلقت عليها قياساً على الشبه البادي بينهما وبين انسمام الدم . والاعراض الرئيسة المشاهدة هي ما يلي :

١ ـ سوء الحالة العامة .

٢ ـ قلة البول واعراض اصابة الكلية

٣ ـ اقياء

٤ ـ يرقان

٥ ـ اضطرابات عصبية ونفسية

١ ـ سوء الحالة العامة : ان ما يستلفت النظر للوهلة الاولى هو سوء الحالة العامة فيشاهد الطبيب الضعف الشديد والتحول السريع وقد حدثنا الدكتور ليباج (Lepage)مولد مستشفيات باريس انه شاهد في حادثتين ضياع ثلث وزن المريضة في مدة لا تتعدى خمسة عشر يوماً . واذكر هنا حقيقة مهمة لايضاح القضية وهي ان هبوط الوزن ليس له اقل علاقة بالاقياء

وشدتها بل ان سببه الانتان ، والى جانب النحول يظهر فقر دم شديد ولقد هبط عدد الكريات الحمر في احدى مريضات الاستاذ فروهينشولتز الى مليون ونصف المليون ولكن عددها لا يهبط عادة الى اقل من مليونين ونصف المليون والنبض سريع وصغير ولا علاقة له بالحرارة ارتفعت او انخفضت وهذا الافتراق يشير الى خطر التهاب الحويضة والكلية وهو يشبه اسراع النبض في اقياء الحمل المستعصية . ذلك الاسراع الذي بنى عليه بينار استطباب الاجهاض الدوائي .

٢ ـ قلة البول واعراض اصابة الكلية : ـ في التهاب الحويضة والكلية السليم يقل البول ولكنه يتصف بانحباس يتلوه افراغ ، واذا قثطر الحالبان في وقت الانحباس يتدفق البول من فوهة القاثاطير اما في التهاب الحويضة والكلية السمي فان قلة البول تبدو باكرة وتستعصي وتستمر طيلة ايام المرض ولا تخضع للمداواة العادية ، فلا حقن المصل المحلى الشديد القوة بمجد نفعاً ولا اعطاء السوائل بمغن شيئاً ، واذا قثطرنا الحالبين فلا يتدفق البول اذ لا انحباس في الحويضة هنا ، بل خلل اساسي في المصفاة الكلوية التي تقصر عن القيام بوظيفتها وان استمرار هذا العجز يجعل الانذار سيئاً والنتيجة محزنة .

ولقد بحث المولدون في شدة اصابة الكلية واستقصوا ذلك بالفينول سولفون فتالئين فكانت النتائج اقل مما كانوا يتوقعون . ففي حادثة كانت ٣٠ ./. وارتفعت الى ٥ ./. وفي حادثة اخرى كانت ٢٥ ./. .

وقد عويرت البولة الدموية ، فكانت النتائج مختلفة ؛ ففي مشاهدة رأيتها

في بودلك كانت البولة الدموية ١،٦٠ غم قبيل الاجهاض الدوائي وارتفعت حتى ٤،٧٠ غم في اليوم الحادي عشر من التوسط وهبطت الى ٠،٤٣ غم في اليوم العشرين. وفي مشاهدة ريتنير وبجو (Rhetner et Pigeaud) بلغت البولة الدموية اربعة غرامات قبل الاجهاض. ومما نشره الاستاذ فروهينشولتز مشاهدة ذكر فيها ان البولة الدموية بلغت غرامين قبل الاجهاض بيومين وهبطت الى خمسة واربعين سنتغراماً في اليوم الخامس عشر منه .

وقد لوحظ ان ارتفاع مقدار البولة يرافقه عادة ارتفاع ثابتة آمبار وهبوط الكلور الكروي وهبوط نسبة $\frac{\text{الكلورور الكروي}}{\text{الكلورور المصوري}}$ وهكذا اخذ بعض المولدين مثل ليفي سولال يقولون ان ارتفاع الآزوت مرتبط بهبوط الكلور وقويت هذه الفكرة بعد ان عولجت مريضة بالكلور وتحسنت حالتها . ولكن خطر هذا المرض لا ينحصر بزيادة الآزوت في الدم ، وفوق ذلك لو رجعنا الى جميع المشاهدات التي نشرت لرأينا ان زيادة الآزوت في الدم ليست عرضاً ثابتاً فقد رأينا حادثات كانت فيها بولة الدم عادية رغم خطر الحال وقلة البول . ولذلك تلاشت فكرة هبوط الكلور .

ولقد اتجهت همم الباحثين اليوم الى الجواب عن هذا السؤال . . أيوجد لهذه الاضطرابات الكلوية اساس عضوي ؟ أنستطيع ان نعثر على آفة تشريحية في خلايا الكلية ؟ جواباً عن ذلك اخذوا يبحثون عن الاسطوانات البولية فنشر الاستاذ فروهينشولتز انه عثر على اسطوانات حبيبية وشحمية اما في باريس ففي اربع مشاهدات في بودلك لم يستطع المخبر كشف شيء ما ولذلك بقي السؤال معلقاً حتى تكثر المشاهدات والتحريات .

٣ — الاقياء : بعد الاطلاع على جميع المشاهدات المنشورة وجدنا ان الاقياء عرض ثابت وباكر قد يبدو منذ بدء المرض ولا يزول حتى انتهائه

٤ — اليرقان: يعتبر الاستاذ فروهينشولتز اليرقان من الاعراض الوصفية الثابتة في هذا التناذر . فيكون اولاً يرقاناً خفيفاً ثم يشتد حتى يصبح يرقاناً صريحاً . ولا يرافقه عادة زوال لون الغائط ولكن لون البول يتشبع ونجد فيه الاصبغة الصفراوية والاوروبيلين: وتشكو المريضة ألماً موضعاً في المراق اليمنى ونستطيع ان نحدد نقطة مؤلمة في ناحية المرارة وتضخم الكبد ويقل البول فلا يعادل (٣٠٠) غم في اليوم . وقد ترافق فرفرية منتشرة هذا اليرقان ويصبح لون المريضة رصاصياً ، فاذا جمعنا هذه الاعراض تمثل لنا منظر اليرقان الخطر واذا اضفنا الى ذلك الاقياء والهزال نجد المريضة في حالة دنف حقيقي .

ولقد درس الباحثون الكبد حيوياً فثبت لهم قصورها (تجربة بيلة الغالاكتوز المحرضة) .

٥ — الاضطرابات العصبية والنفسية : ذكرت في بعض من المشاهدات اضطرابات عصبية ونفسية والحقيقة أن الاستاذ فروهينشولتز لاحظ في بعض من مريضاته اعراضاً عصبية ترافقها نوب هذيان ولكنه يعتبر ان هذه الاعراض لا تؤلف عنصراً اصلياً في التناذر الحملي السمي. على أنه في احدى المشاهدات في بودلك وجد التهاب الاعصاب العديدة بشكل صريح في الساقين المتصف باعراض التهاب الاعصاب العديدة الكحولي نفسها، ويقول استاذنا كوفلر ان ظهور هذا العرض يشير الى خطر شديد ويرسم بشكل

لا يقبل الجدل استطباب الاجهاض الدوائي .

اما الاضطرابات النفسية فقلما تصادف ولم تشاهد صراحة الا في مشاهدة واحدة ويعتبرها الباحثون اضطرابات عفنية سببها ذيفان الجراثيم .

. . . .

هـذه هي الاعراض التي تشاهد في التهاب الحويضة والكلية الحملي السمي . ولنذكر ان هذه الاعراض قلما تجتمع منتظمة كما اوردناها ولنستعد القول الطبي المأثور ، ان امامنا مريضة لا مرضاً ! وما يرى هو استعصاء هـذه الاضطرابات على المعالجة الدوائية والبولية فلا المصول ولا قثطرة الحالبين ولا غسل الحويضة بمجدية نفعاً حتى ولا وضع قثاطير دائم بدافع عن المريضة ما يهددها من الخطر وليست التوسطات الجراحية موضع بحث هنا لأن القضية ليست انحباساً ولا استسقاءحويضياً بل هي اجتماع اضطرابات خطرة ليس اشتراك الحويضة فيها الا عنصراً ثانوياً . وهنا يتساءل المولدون عن طريق الخلاص فلا يجدون امامهم سوى الاجهاض الدوائي .

قد تبدو هـذه الطريقة تراجعاً مؤلماً في تقدم مداواة التهاب الحويضة والكلية الحملي ، ذلك التقدم الذي حققته طرق المعالجة البولية . فبعد استعمال قثطرة الحالبين وغسل الحويضة وبعد ما شوهد من انقاذ الحاملات قبل لا اجهاض دوائي بعد اليوم ، واخيراً بدا هـذا الشكل الخطر الذي استعصى على كل الوسائل الحديثة . وحاول المولدون انقاذ الحامل والمحمول فما استطاعوا الى ذلك سبيلاً وداروا فوجدوا انفسهم وجهاً لوجه امام الاجهاض الدوائي .

ويصعب علينا ان نورد بدقة استطباب هذا التوسط ولكننا نقول ماقاله ليباج مجملًا : متى خابت المداواة وعجزت القثطرة ، واسرع سوء الحالة العامة وازدادت بولة الدم وقل البول وظهر اليرقان وبدا التهاب الاعصاب العديدة يجب امام جميع هـذه العوارض او بعضها ان يمدّ المولد يده بجرؤة وثبات وبدون اي تردد الى العمل الحاسم ... الى الاجهاض الدوائي !

وتتجلى الصعوبة في انتخاب الدقيقة الصالحة للعمل ، فالتوسط الباكر قد لا يكون ضرورياً فيتردد امامه المولد ولا ترضى به العيلة والتوسط المتأخر لا ينقذ المريضة فخير لنا ان نبكر في التوسط .

ولست اريد ان ألج بحث الطرق العملية فقد قطع الحمل في جميع المشاهدات التي نشرت وفي الحوادث التي رأيتها في بودلك بالطريق الطبيعي وشذت حادثة واحدة فقط اجري التوسط فيها بطريق البطن . فالتوسط بطريق المهبل هو المختار وتحمل المريضات هذه العملية رغم ضعفهن ، ولا يشار بالتوسط بطريق البطن الا في الاشهر الاخيرة من الحمل حينما يضطر المولد الى العمل بسرعـة لانقاذ المريضة . واخيراً يجب الابتعـاد بتاتاً عن التخدير العام نظراً الى قصور الكبد وعند الحاجة الماسة يجرى التخدير القطني.

٧ — نتائج الاجهاض الدوائي : اذا كانت اهمية العملية بنتائجها ، فان رهبة القضاء على جنين بريء وخسارة المجتمع حياةً جديدة قد تكون لهـا اهميتها ، وفكرة الطب المحافظـة ومبدأ الطبيب هو انقاذ الحياة وحمايتها . كل هـذا يدعوني الى التساؤل قبل كل شيء ... عن نتيجة الامتناع عن التوسط؟ وانني وقد وصلت الى هذه النقطة الدقيقة من البحث تعود بي ذاكرتي الى دمشق

فتمر امام عيني مأساة عروس تزوجت في الرابعة والعشرين من عمرها ، وحملت في الشهر الاول من زفافها وقضت في الشهر السابع من حملها ، وقد استدعت العيلة اخصائياً عالجها ، وبينما كانت تلك العضوية الفتية تتهدم بسرعة غريبة ، وبينما كانت تلك الزهرة النضرة تذبل كوردة قطفت وقت الرمضاء والقيت في صحراء ، وبينما كانت الارض تفغر فاها لابتلاع شابة كانت اجواء الحياة تزهو بها ، كان الطبيب الاخصائي يتلهى بوصف الادوية الكيمياوية والحقن بالمصول ، وما زلت اذكر ذلك اليرقان الذي بدأ صفرة خفيفة عزيت الى فقر الدم والضعف العام ، واشتد حتى اصبح يرقاناً صريحاً وشعرت الشابة ان قد ابتعد ما بينها وبين الحياة واقترب ما بينها وبين الممات ، فابتسمت مستسلمة ، وقالت لي « ما لعلة الموت دواء » فانا اعتقد انه لو رقاني عيسى لما اعادني الى الوجود ولو اعيد الي أبقراط لما انقذني من العدم ، ولو ترك لي الخيار لشكرت للطبيب جهوده ولرجوت منه ان لا يعود الي ، ولكني لا اريد ان يكون ذلك حسرة في قلب امي ولا صدمة لعقل ابي ، ولذلك أتركهما يبذلان أقصى الجهد ، فاذا حلت الساعة الاخيرة كانت جهودهما خير تعزية لهما . وفي اليوم الثامن والعشرين لفظت العروس انفاسها الاخيرة وقد كانت هذه الحادثة شديدة الوقع على تفكيري عظيمة الاثر في نفسي وحينما سمعت منذ شهرين في مدرج بينار في بودلك تلك المحاضرة القيمة عن التهاب الحويضة والكلية الحملي السمي ذهبت الى الاستاذ كوفلر ارجو منه ان يمد الي يد المساعدة لكتابة بحث عن هذا المرض الخطر فقدم لي ذلك الشيخ الوقور جميع المستندات والمشاهدات ، ومنذ ذلك الحين كلما مرت

حادثة من هذا النوع يرسل في طلبي ايريني اعراضها ويطلعني على دقائقها بالله ما اسمى اخلاق العلماء ! معذرة من هذا الاستطراد وما اردت منه الا الا جواباً عملياً عن سؤال طرحته – ما هي نتيجة الامتناع عن التوسط ؟ هذه هي النتيجة الفاجعة : وما اردت منه الا تنبيه الاذهان واثارة الهمم للاقدام في قضية تسير بسرعة غريبة ولا يوقف سيرها الا مواجهتها بجرؤة وسرعة.

والآن يحق للقارىء ان يسأل ما هي نتائج التوسط ؟ وها انا اورد ما شوهد في سبع وعشرين حادثة . . . يتلو عملية الاجهاض تحسن سريع في الحالة العامة وتزول اعراض الانسمام فيبطىء النبض حالاً وتعود للوجه نضرة الحياة ويخف فقر الدم وتخرج المريضة من الحالة التي كانت فيها فلا تعود خامدة كالنائمة في النهار ولا أرقة متنبهة في الليل وتنقطع الاقياء وتقبل المريضة على الطعام والشراب ويعود البول الى انطلاقه ثم يزداد الوزن بسرعة حتى اننا نجرؤ على القول مع ليباج ان القضية بعث حقيقي لمريضة ميتة والى جانب هذا التحسن السريع في الحالة العامة وزوال الاعراض السمية نرى استمرار علامات انتان الطرق البولية فالحرارة تظل مرتفعة والبول عكراً والألم القطني يبقى متوضعاً وتستمر هذه الاعراض بضعة اسابيع ، وهذا الافتراق بين الاعراض الانتانية والاعراض السمية يبدو للمولد ليباج حجة قوية على طبيعة هذا المرض السمية .

وقد لايستطيع التوسط ان يدفع الفاجعة، فتبدو بعد الاجهاض اعراض شديدة : تنفس مضطرب قد يأخذ نظم شين ستوكس ، ريح نفس خلوني

قلة في البول وتقع المريضة في سبات يتصل بالموت . وقد شوهد ذلك في ثلاث حوادث ، وهنا يتساءل ليباج قائلًا : ألم نتأخر في التوسط ؟ بل لقد جاء التوسط متأخراً جداً فلنستمع الى نصيحة فروهينشولتز ولنبكر ما استطعنا الى التبكير سبيلًا .

الامراض : — ان حداثة عزل هـذا التناذر سريرياً وقلة المشاهدات وغيبة المعلومات التشريحية كل هذا يجعـل البحث في امراضه غير وافٍ وغير كافٍ .

يعتقد ماريون ان هذا التناذر ليس الا التهاب الحويضة والكلية الخطر مع اصابة الحالة العامة وتوضعات متعددة في خارج الطرق البولية عاملها العصيات القولونية ولذلك قد يشاهد هذا الشكل حتى في خارج الحمل

ويقول آخرون ان هذا التناذر ناتج من اشتراك مرضين مختلفين الاول انسمام الدم الحملي والثاني التهاب الحويضة والـكلية ومن هـذا الاشتراك ينشأ ذلك الخطر ويدللون على صدق هذه النظرية بالتحسن السريع الصريح الذي يشاهد في عقب افراغ الرحم والتناقض بين زوال العوارض السمية واستمرار الاضطرابات البولية .

ليست هذه النظريات الا ملاحظات لا تؤيدها معلومات تشريحية ولا تثبتها آفات عضوية ، ولذلك خطا الالمان هذه الخطوة . وكانت ابحاثهم اكثر تعمقاً ويكفي ان اعطي لمحة منها لانها لا تزال في دور البحث .

يقول سايتز (Seitz) ان اشتراك التهاب الحويضة والكلية مع الاضطرابات الهضمية سببه عدم توازن جهاز التائه الودي، واظهر ان هناك فقدان

المقوية الناتج عن هذا الاضطراب ثم خطا خطوة اعظم اذ اثبت ذلك شعاعياً وارانا فقدان مقوية الحالبين .

ووافقت ابحاث ستوكل (Stœkel) نتاج سايتز فاظهر شعاعياً فقدان المقوية في الامعاء فضلاً عن الحالبين وهاتان ظاهرتان رئيستان توجهان الانظار الى الجهاز التأهبي الودي .

اني لا اريد ان اطيل الكلام في الامراض لانه لا يزال في مهده واختم هذا البحث باعادة الاشارة الى خطر هذا المرض . وضرورة الاسراع في التوسط قبل ان يصبح عقيماً .

❀ ❀ ❀

تدفئة المساكن من الناحية الغريزية والصحية

ترجمة الطالب السيد شفيق البابا

يقول (كارل) ان للجو الدافيء المستحب الآن في الاقطار المتمدنة اسوأ التأثير في قدرة الرجل الحديث الجسمية والاخلاقية، وهذا ماحدا بنا الى الطلب من الاستاذ (ميسنار) وهو مهندس اخصائي قدير ان يشرح لقرائنا مسألة تدفئة المساكن من الوجهة الغريزية ليتسنى للطبيب اسداء النصح لمرضاه وارشادهم .

لقد تقدم فن التدفئة منذ بدء هذا العصر تقدماً بيناً غير ان ذلك اقتصر على الناحية الفنية تقريباً ولم يلتفت الى الناحيتين الغريزيـة والصحية الا في الآونة الاخيرة .

العوامل الحرورية للوسط وفكرة الشعور بالحرارة: لقد محص علماء الغرائز والمهندسون بوجه خاص منذ سنوات خلت فكرة الشعور بالحر وتركيب عوامل الوسط المختلفة فاثبت ما كرس لهذه الابحاث في فرنسة وامريكة ثم في المانيـة وانـكلترة ان الشعور بالحر الذي يحدثه وسط ما لا يتعلق فقط بدرجة حرارة الهواء الجافة (التي يقيسها ميزان الحرارة العادي) بل برطوبته وسرعته حتى بدرجة حرارة الجدر التي يلقي اليها الجسم البشري حرارته . وهكذا فان الاوساط ذات الحرارة الجافة المتباينة قد تفضي الى الشعور ذاته بالحر ، ولايضاح ذلك نـذكر ان الجو المشبع بالرطوبة الذي تعادل درجة حرارته (٢٥)

هو اشد سخونة من جو درجته حرارته (٣٣) ونسبة الرطوبة فيه (٢٠ ٪) وهو ايضاً حتى كانت درجته (٢٥) ومشبعاً بالرطوبة وتحركه ريح سرعتها ثلاثة امتار في الثانية مبرد ولطيف كجو ساكن ومشبع بالحرارة ودرجته (٢٠).

لقد درس هيل هذه المناسبات من الوجهة الحكمية أكثر منها من الناحية الغريزية ولا سيما في المانية وانكلترة مدققاً فيها بطريق مقصود ثم درسها هوغتين وياغلو في المختبرات الاميركية وذلك بامرار شهود بشرية باوساط مختلفة وتعيين من يشعرون منهم الشعور الحروري نفسه فادرك بهذه الصورة اتفاق الرأي العام تقريباً ، فاذا لم يستسغ الجميع درجة واحدة تقريباً فهم متفقون على الاقل على تعادل بعض الاوساط ، وقد افضى ذلك الى ظهور فكرة درجة الحراوة الحقيقية موجزة عن حس الحرارة الحقيقية والتي تسمى خطأ احياناً درجة الحرارة في اوساط متساوية ملائمة لان الاوساط يمكنها ان تؤدي الى الشعور الحروري نفسه ولو لم تكن متساوية الفائدة من الوجهة الصحية.

ولقد تمت فكرة درجة الحرارة الحقيقية هذه التي لا تنظر الى اختلاف درجة الحرارة الكائن بين الوجه الباطن لجدر المكان والهواء المحيط به وعمت في فرنسة بدرسها درساً تحليلياً ونظرياً مؤسساً على التعاليم التجربية الاميركية ، فهذه الفكرة اصبحت عامة وسميت بعد ان درسها دوبوي (Dupuy) ورفقاؤه درجة الحرارة الحاصلة (température résultante) وبرهنت اعمالهم على ان ما يقع من الحوادث الحرورية على سطح الجلد يشبه على وجه التقريب ما يقع في الاجسام الجامدة.

وقد اضحى لهذه الفكرة في السنين المتأخرة شأن خاص من جراء ازدياد الدفأ بالسطوح المشعة ، وهو ما يساعد في فهم هذا الحادث العجيب في الظاهر . فالاشخاص الهادئون يبردون في موضع درجة حرارة الهواء فيه (٤٠) وحرارة الجدر (١٣) ويشعرون على الضد بالنشاط اذا كانت درجة حرارة الهواء (-٣) والجدر (٢٨) . فكل وسط يتمتع تبعاً لذلك بدرجة «حرارة ناتجة» بحسب مايحدثه من الشعور بالحر وهي بحسب التعريف درجة حرارة الوسط المعادل حيث يكون الهواء ساكناً في حالة الراحة ومشبعاً بالرطوبة وللجدران حرارة ذاك الهواء ذاتها .

بيد ان الجدل على الرغم من تقدم هذه المسائل تقدماً واسعاً في السنين الاخيرة ، لا يزال قائماً حول نتائج هذه التعادلات فالارتكاسات الغريزية بحسب التحريات الاميركية هي واحدة في الاوساط المتعادلة ففيها يتساوى امتصاص مولد الحموضة (اوكسيجين)وطرح حامض الكربون ولها الضغط نفسه في الانقباض والاسترخاء. غير ان هذه النتائج لم يقبلها دوبوي وفارون(Véron) في فرنسة بدون تحفظ . ومهما كان الامر فان اشد الاختلاف في الشروط الطبيعية للمساكن ينحصر في درجة الحرارة الجافة ، ولذا يمكننا ان نحكم بسهولة على درجة حرارة الوسط بقياس هذه الدرجة البسيطة الى درجة الحرارة الجافة وهي وحدها ذات القيمة الغريزية .

درجات الحرارة الملائمة ومفادها الغريزي: لقد اثبتت المباحث الغريزية والجغرافية الحديثة (مؤيدة حدس أبقراط) مبلغ أثر الاقليم في صحة الانسان فاستبان ان درجة الحرارة اذا لم تكن وحدها الشيء المتحول في الاقليم فهي

احد المؤثرات الاساسية فيه على الاقل ، وقد جدّ اخيراً استناداً الى هذه الابحاث في معرفة الشروط الملائمة التي يجدر تحقيقها في المنازل بحسب تخصيصها فالاصحاء يتطلبون عادة في حال السكون او العمل القليل درجة حرارة قريبة من الدرجة (١٨) وهي ما تعرف بنظر اهل الفن بدرجة الحرارة الملائمة وهي توافق بحسب النشاط الجسمي منطقة الاعتدال الحروري بحسب تعبير علماء الغريزة، وتعادل هذه الدرجات الحرورية اجمالاً اقل الجهود الضرورية لابقاء درجة الحرارة الباطنة للجسم ثابتة . فتولد الحرارة يعادل في الحقيقة في هذه الشروط التطور الاساسي ويقع تبددها في الوسط بسهولة دون حاجة الى العرق فالجسم في درجات الحرارة المنخفضة عليه ان يقاوم الميل الى البرد بزيادة التطور وهذا يحتفظ بقيمته الاساسية في الدرجات العالية من الحرارة فيسعى البدن بجميع مالديه من وسائل الدفاع وخاصة منها التوسع الوعائي والتعرق الغزير كلما كان الوسط اشد سخونة . ومن المقبول ان هذا الجهد القليل الذي يبذله الجسم البشري في منطقة الاعتدال يولد هذا الشعور الحسن وبه يعلل السمي الفطري في الاصحاء . بيد ان لهذه الدرجة الملائمة عدا ذلك خواص غريزية اخرى لم تتضح الا مؤخراً اذ توافق الدرجة القصوى من وسائل دفاع المخلوق كما انها تناسب خير نتاج للعمل اليدوي فالشخص يكون في هذه الدرجة الملائمة كما تبين الاحصاءات في اتم الصحة وهكذا تكون الوفيات قليلة في البلاد التي يشتد تأثر الاشخاص فيها من الاقليم الطبيعي وكذا تكثر الولادات اذا كانت درجة الحرارة الوسطى في النهار بين (١٦ — ١٨)

وعلينا لايضاح مااوردناه اجمالاً ان نتصور ان الحال عبارة عن دفاع تجاه الوسط يتطلب القليل من الجهد وبذا تزداد القوى الاخرى .

نشأة الامراض البردية وصلتها بالبرد — الحرارة والنشاط الجسمي : ان هذه الدرجات من الحرارة اذا ماعدت شذوذاً في الطبيعة فهي القاعدة في مساكنا وقد ادى ذلك الى طرح مسائل على بساط البحث عدت ذات شأن صحي هام يجدر التقصي فيه .

تبرر التدفئة الاصطناعية بضرورة مقاومة الامراض البردية وان اثر التدفئة في ظهورها لاعقد مما كان يظن اذ يبدو انها في الوقت الحاضر على خلاف مايتوخى منها منشأ لعدد كبير من تلك الامراض ويجب مع هذا، لفهم تأثيرها، التدقيق في آلية ظهورها .

يظهر ان انتشار هذه الامراض بعامل البرد اوغيرهامن الامراض ذات الصبغة الانتانية امر قد أقر بالرغم مما وجه اليه من شديد الانتقاد وقد ايدته بصرف النظر عن الزمن سلسلة من الاحصاءات اوضحها ماقام به شاد (Schade) في الجيش الالماني وغرونود (Grunwood) في امريكة وغير ذلك من الاحصاءات الحديثة التي ثبت فيها توافق الزمن وسير امراض طرق التنفس في مختلف البلاد الاميركية فكان القسم الاعظم منها في شهر تشرين الاول اذ بلغت فيه (٣٠ ٪) وهبطت في شهر تشرين الثاني الى (١٤ ٪) وارتفعت في شباط الى (٢٥ ٪) وعاد النزول بعد ذلك منتظماً حتى فصل الربيع .

غير ان اشهر التحريات ماقام به فان لوغيم (Van Loghem) في هولاندا

على سبعة الاف شخص واثبت فيها ان لسير الامراض في مختلف البلاد الهولندية الواقعة في اقليم واحد مخططاً واحداً رغم ما يفصل بينهامن المسافات الشاسعة مما ينفي تعليلها بالعدوى فقط، وان تحولات هذا المخطط موافقة لتبدلات درجة الحرارة الخارجية . وابسط تعليل لذلك هو ان نسلم بان حمة الجراثيم تشتد بانخفاض درجة الحرارة السطحية للاغشية المخاطية التي تطرأ عليها عدا ذلك، بحسب رأي اسكا نازي (Askanazy) وهيل (Hill) تبدلات حكمية تسهل نفوذ الجراثيم وقد قبل عدد كبير من السريريين فرضية التخرش الموضعي هذه وتؤيدها على مايظهر التجارب اليومية بما يقع من التهابات الحنجرة والبحة المختلفة الشدة تلو استنشاق الهواء البارد جداً او ارتشاف سائل مثلوج . ويتضح هذا الاثر اذا اضطر انسداد الانف الى التنفس من الفم مما يمنع تسخين الهواء قبل بلوغه الحنجرة . بيد ان بعض هذه العلل قد يبدو صيفاً عقب التبرد اذ لاتقع تبدلات حكمية بينة في الاغشية المخاطية. ولا يكفي كذلك نقص افراز المخاط الانفي الهالك للجراثيم الذي قال به ليرمويه (Lermoyez) لتعليل جميع الحالات العادية . فلا بد من الظن بان البرد يؤدي بتشويشه لحياة الخلايا الى اضعاف البدن اذ يبدل في الحقيقة تغذية النسج وبالتالي تركيب الاخلاط وكذا تضعف قوة البلعمة في الكريات البيض وان اختفاء المناعة نتيجة لمجموع هذه العوامل .

ان هذه الشروح جميعها فرضيات اكثر منها براهين غيرانها تنافي اطلاق العدوى الذي يسلم به الكثيرون ، ويجب ان نقبل ان ظهور بعض الامراض الانتانية ينجم عن جراء وجود الجراثيم المرضية المشاركة

عن نقص مقاومة البدن اكثر من ظهور الجراثيم اوازديادحمتها. ولقد اوضح اثر البرد في انقاص المقاومة عدد كبير من التجارب : فقد عرض ليباري (Liparie) فئة من الحيوانات للبرد بوضعها في مغطس درجة حرارته (٣) بعد حقن رغامها بقشع فيه كثير من المكورات الرئوية فشاهد ان الحيوانات التي لم تعرض للبرد لم تصب بذات الرئة بيد ان الاخرى هلكت بعد ان ابدت آفات رئوية . وحقن فيشل (Fichel) المكورات الرئوية في اوردة فئة من الارانب وضع بعضها في اوعية يحيط بها الجليد من الخارج فماتت جميعها وعاشت الاخرى بفضل البلعمة الشديدة واعاد لود (Lode) هذه التجارب بحقنه اوردة حيوانات حلق شعرها (ارانب) او نتف ريشها (دجاج) بجراثيم ممرضة مختلفة فكانت النتيجة ان تلفت الحيوانات المعرضة للبرد وسلمت الاخرى. وقد وقى لاثبات أثر الفراءاو الريش بعض هذه الحيوانات التي حلق شعرها وقبل تعريضها للبرد بستر من نسيج كثيم فظلت حية .

وتمكن(دورك (Durck) بتكرار هذه التجارب من اضعاف البدن بدون ان يلجأ الى الحقن بشيء مؤد للنتن. وتسنى له احداث ذات الرئه في عقب تبريد بسيط ، ويعلل ذلك بازدياد حمة الجراثيم المشاركة اكثر من نقص مقاومة البدن .

لكن هذه التجارب وما ماثلها لم تسلم من النقد ويعيب عليها ستيشر (Sticher) شدتها القائمة على فحص منعكس الدغدغة بوخزات الدبوس ، وقد تسرب الشك منذ السنة (١٩١١) الى فعل البرد الممرض حينما اعاد

شودنسكي (Chodounski) تلك التجارب على حيوانات عرضها فقط لاختلاف في درجات الحياة العادية فكانت نتائجها سلبية ، وعرض نفسه عارياً بالتوالي لتأثير تيارات الهواء البارد والمغاطس الحارة ثم الباردة فلم يصب بداء ، ولاحظ ايضاً ان النزلة المعروفة الناجمة عن البرد تظهر بغتة بينا ازدياد حمة الجراثيم لم يتسن تحقيقه في التجارب الجرثومية بمثل تلك السرعة وتؤيد هذه التجارب السلبية شأن ازدياد الحمة بيد ان الامر بقي غامضاً فيما يتعلق بالبدن وجل ما هنالك انها تبين امكان التمنيع باتقاء البرد فقط .

صدمة التزعزع الغروي لذاتية البردية : لقد انحصر تأثير البرد في التجارب المتقدمة في الاغشية المخاطية لطرق التنفس وفي الجسم عامة غير ان تأثيره البعيد الذي يثبته ما يقع من الزكام والتهاب القصبات في عقب برد الارجل لأعظم شأناً . وقد اوضح (باستور) هذا التأثير البعيد بتجربته الدرسية بحذف مناعة الدجاج على الجمرة بغطسه ارجلها في الماء البارد ، فيستحيل في هذه الحال الاكتفاء بهبوط درجة الحرارة السطحية للاغشية المخاطية اذ ينبغي ان نقبل ان البرد يفضي الى نقص في مقاومة البدن العامة بطريقة لا نزال نجهلها. غير ان اعمال فيدال وابرامي وابحاثهما في صدمة التزعزع الغروي الذاتية البردية تساعد على التكهن بها اذ تثبت ان البرد يحدث في جسم سليم صدمة تشبه من جميع الوجوه صدمة التأق وهلا تقريباً شدتها ذاتها اي ان البرد يفضي الى صدمة مفاجئة في اتزان اشباه الغراء الخلطية اشبه بما يقع حين دخول مادة من نظائر الآح للدم وتتصف صدمة البرد هذه كغيرها بانها تجعل البدن في حرز ولو الى زمن معين من صدمة جديدة

وبكلمة واحدة باحداثها ضرباً من الوقاية الموقتة وهذه الوقاية التي لا تطول عادة اكثر من بضع ساعات لا يقتصر أمرها على التبرد فقط بل تمتد الى ما يحدث منها باسباب مختلفة . ولقد ابدت اعمال باستور فالري رادو هذه النتائج اذ اتضح معها ان نقص الحرارة او ازديادها يسوقان ظهور صدمة التأق طيلة زمن التحول الحروري ، وان المناعة المكتسبة بحسب نظريات (لومبار) الحديثة ليست الا ظاهرة تأق اي ان اخلاط المرء بعد ان تفعم بالمزارع الجرثومية تستطيع ان ترسب هذه المواد من نظائر الآح ترسيباً نوعياً وتؤدي الى تنبذف المواد الهيولية في هيولى هذه الجراثيم، وان استحالة ظهور صدمة جديدة تلو التبرد يفضي الى حذف مناعة الشخص بصورة موقتة . وهكذا يعلل ظهور مختلف الامراض الجرثومية بعد صدمة ما سواء عقب البضع او تلو التعرض للحرارة الشديدة أو التعب فالبرد قد يكون سبباً محدثاً ولكنه غير ضروري . وقد لاحظ مورهار (Morhardt) ان الصدمة الناجمة عن الحقن بمادة من نظائر الآح لا تؤدي كما يظهر الى اضطرابات تنفسية فهل يمكن ان تترافق هذه الصدمة باضطرابات اخرى كالتشوش الوعائي الحركي ؟

يسهل ظهور الصدمة في قصور الغدد الصم، فالدرقيون واللنفاويون يبدون استعداداً مرضياً عظيماً تجاه البرد ، فاستقرار التوازن الغدي كما يشير هومبر (Humbert) يجب ان يخفف من هذا الاستعداد .

الامراض البردية او بالاحرى الامراض الناجمة عن التبرد : ينكر احياناً أثر البرد في ظهور الامراض المعروفة بالبردية ويؤيد ذلك بذكر حالات مرضية عديدة تبدو ابان الفصول الاخرى ، حتى ان بعض المؤلفين يستغرب تباين

التعبير في مختلف البلاد في المنطقة المعتدلة اذ يقال في اكثر اللغات عن الزكام مثلاً اني اخذت برداً اكثر مما يقال اني سخنت ، بيد ان هذا التناقض ليس الا ظاهراً اذا ما دقق في طريقة التبرد عن كثب ، فان من الخطإ ان يظن بهبوط درجة حرارة الاغشية المخاطية في فصل الشتاء فقط فقد يقع ذلك نفسه ايضاً صيفاً متى فقدت كميات كبيرة من الحرارة وقد يتضاعف ذاك الضياع الحروري فجأة في شخص سخن بعمله المجهد ثم انتقل الى وسط يناسب شخصاً في حال الراحة وقد يكون هذا التبرد محدثاً بانقلاب مفاجىء في العمل ، ففي المعامل الكبرى يقوم العمال بجهود عظيمة في وسط شديد الحر (تجاه المواد المنصهرة مثلاً) ثم يستريحون في وسط بارد فيصابون من جراء ذلك بالمميت من الامراض البردية اكثر من الذين يعملون بنظام في اوساط درجة حرارتها اقل اختلافاً بما يعادل مرتين ونصف المرة .

وما هو جدير بالاعتبار سرعة اختلاف الضياع الحروري ، فتخضع التبدلات الحرورية في البشر اذا ما كان المرور من وسط لآخر فجائياً وقبل ان يتسنى للجسم تعديل توسعه الوعائي ورطوبته السطحية للقوانين ذاتها الحكمية التي تنطبق على الاجسام الجامدة . فاذا ما وضع رجل عار قليل العمل في وسط اشبع بالرطوبة ودرجة الحرارة فيه (٣٣) وكان استقلابه الاساسي نحو (١٠٠) حرة في الساعة ويتعرق عرقاً غزيراً ودرجة حرارة جلده بين (٣٥-٣٦) فان خسارته الحرورية تبلغ اربعة اضعافها اذا انتقل بغتة الى وسط مشبع ودرجة حرارته (٢٤) قبل ان يتلاءم معه ، ويتباين امد هذا التبدل

الحروري بين الطول والقصر اذ يتعلق كل ذلك بسرعة التطابق او التلائم القائم بانقاص التوسع الوعائي وغؤور الرطوبة السطحية ، وتخف وطأة الصدمة اذا ما كان الشخص مكتسياً لردائه بيد ان ارتداء الملابس هذه لا يخلو من خطر اذ يكون غؤور بخار الماء بطيئاً لرطوبة الملابس وكلما كانت الصدمة خفيفة كانت اطول امداً .

يجتاز الارتكاس في الحال الطبيعية الهدف المتوخى . فالوسط يبدو بعد ان يكون شديد البرد مفرط الحرارة ثم يكون اخيراً ملائماً ، ويستخلص من مختلف الابحاث التي دارت في هذا الصدد ان الارتكاس السطحي يحتاج في الاصحاء الى ثلاث دقائق وان التوافق العام وغؤور العرق يتحول امدهما من شخص الى آخر بين (١٠ — ٣٠) دقيقة ولذا فان الامراض المعروفة بالبردية هي بالاحرى امراض تبرد اكثر منها امراض برد خاصة .

خطأ التدفئة الحديثة برفعها درجة الحرارة تدريجياً وبصورة منتظمة : تزيد التدفئة الحديثة في التعريض للتبرد بزيادتها فوارق الحرارة التي تصيب الجسم البشري فلا بدّ لتحمل هذه الاختلافات الحرورية الشديدة من ان يكون التنظيم الحروري في الابدان مرناً وقوياً وهكذا فان طرق التدفئة الحديثة بابتعادها عن هذه الغاية اخذت تنفصل شيئاً فشيئاً عن المقصد الاساسي . لان تقدم الفن يساعد على ابقاء درجة الحرارة الباطنة ثابتة منتظمة بيد ان المواقد والمدافىء القديمة كانت تحدث تبدلات كبيرة في درجة الحرارة لان هذا ضروري في ضغط التنظيم الحروري وبقائه وتثبت الاحصاءات السابقة ايضاً قلة الوفيات ووفرة المواليد اذا ما تحولت درجة الحرارة بضع درجات وكانت لها القيمة الوسطى

الملائمـة نفسها ويكثر نتاج العمل الجسمي في المعامل اذا ما تحولت فيهـا بين (١٥، ١٨)اكثر مما لو ظلت ثابتة في الدرجة (١٦٫٥)، ويخشى من استمرار هذه الدرجة من الحرارة خمود القوة والنشاط لانها اذا ما ساعدت الشخص على الاستفادة من جميع قوته فليس من الحق ان يضطر لصرفها في مقاومة الوسط.

وتوضح هذه الملاحظة خطر الحرارة الباطنة المتزايدة باستمرار وهذا ما هو مرغوب فيه في الوقت الحاضر اذ يظهر ان لدرجة الحرارة التي يعتادها الجسم اثراً مقصوداً في الوسائل المولدة للحرارة وخاصة في الاستقـلاب الرأسي. وكشفت اختبارات جيلينو (Gelinéo) على الجرذ بتعويدها الدرجة (٣٠) من الحرارة او الدرجة (صفر) نقصاً في الاستقلاب القاعدي بما يعادل (٦٠٪)، وكذا فان الاستقلاب الرأسي كان عندهـا بنسبة $\frac{١}{٤}$. وفضـلاً عن ذلك فان وسائط الدفاع في الحيوانات المعتادة درجات الحرارة العالية كانت ناقصة جداً غير ان ذلك لم يقبل على علاته فيما يتعلق بالجسم البشري ولم يقرّ به جميع علماء الغرائز اذ قد تتأتى المشاهدات السلبية عن مكث غير كاف في تلك الاوساط ونقص فعله بتبديل الملابس.

تبين هذه المشاهدات خطر شريعة الاشد تأثراً من البرد التي يجبر مختلف المقيمين في غرفة على تحمل اشد درجات الحرارة المرتفعة ارتفاعاً تدريجياً بحسب ما يتطلبه احدهم. وعند الضرورة الدوائية يجب ان يقاوم الاشد تأثراً من البرد بارتدائه ملابس غليظة على ان يسعى للتلائم التدريجي ولا يعرض وسائط دفاع غيره (جيرانه) بتعويدهم درجات الحرارة العالية.

نظرة في التأثيرات الاخرى للاقاليم المدنية : ان ما يتعرض له اهل المدن
من التبدلات الفجائية في درجات الحرارة من جراء التدفئة الاصطناعية في المساكن لذو تأثير في الجملة العصبية ، ولقد اتضح من تجارب ميلس (Mills) على الفأر ان الحيوانات المعرضة مرات عديدة في النهار الواحد لمثل تلك التحولات تبدي ضعفاً في الاخصاب شديداً ، ولا يبعد ان يتمتع مثل هؤلاء الاشخاص بتنبه نفسي لم يكن ليعرفه الاقدمون ، ويؤدي هذا التنبه مع طول الزمن وتكرره المتوالي الى تعب الجملة العصبية ويزيد في وطأة الاضطرابات النفسية شدة .

الخلاصة :

ما هو الاقليم الموافق في المساكن ؟ يتعلق الامر ولا شك بحال السكان الفرزية ، ثم يجب ايضاً ان يميز من بين الاصحاء اشخاص هجروا مواطنهم وائتلفوا اقليماً لم يعتده اسلافهم ؟

ان خير ما يوافق معظم المستوطنين هو تبدل الاقليم الطبيعي لدرجة محدودة رغم ما يبدو في ذلك من الغرابة بيد ان المدنية قد شوهت العادات كثيراً كما ان الانتاج العقلي والجسمي يجبر كل انسان على ان يضع نفسه في خير الشروط الملائمة بصرف النظر عن درجة تنكس خصائص التلاؤم اذ يحتاج ساكن المدينة الى ان يكون في حرز من الاختلافات الجوية الشديدة لذا يضطر الى البحث عن الطف الاوساط وانسبها وهو ما يسمى الاوساط الملائمة

ولقد عاد من المتعذر لهذه الاسباب جميعها عدم تدفئة الامكنة في الشتاء وجعلها بدرجة حرارة تقرب من الدرجة (١٦ و ١٨) ويظهر على الضد

ان من الخطإ محاولة ابقاء هذه الدرجة بصورة منتظمة ما امكن ومن الضروري اجراء التنظيم الحروري في المخلوق بتحويل هذه الشروط الحرورية ضمن حدود معينة . ويجوز ان يزداد هذا التحول اتساعاً في الشتاء اي ان يكون درجتين في تشرين الاول وثلاث درجات في تشرين الثاني واربعاً في كانون الثاني. وهنالك واسطة ابسط لاقرار التنظيم الحروري حيث لا يقيم السكان مدة طويلة في شقة واحدة وذلك بتدفئة المواضع الوسطى والملحقة كالابهاء والدهاليز الى درجة اقل تقريباً من درجة حرارة الغرف فاذا ما اضطر الاشخاص الى المرور مرات عديدة من موضع لآخر كان ما يتعرضون له من فرق في درجة الحرارة ملائماً لهم . ولذلك تدفأ الغرف المأهولة عادة الى الدرجة (١٧ او ١٨) بينا الغرف المتوسطة لا تدفأ الا الى الدرجة (١٢) او (١٣) فالفرق هذا يوافق في التدفئة المركزية الاعتيادية سير الجهاز في حالات البرد الشديدة ثم يعود درجة واحدة في نهاية الفصل حينما تكون درجة حرارة المواقع المختلفة قريبة من درجة الحرارة الخارجية وهكذا يحصل الفرق من نفسه بحسب الفصل بين درجات حرارة الغرف المختلفة .

ومهما كان الامر فلا غنى عن تعيين درجة الحرارة العظمى في الشتاء بان لا تتجاوز للاصحاء الدرجة (١٨)او (١٩) وان تبقى الرطوبة حول (٥٠ ٪) وهذه اقل شأناً من درجة الحرارة اذ من الفائدة ان تتراوح بين (٤٠ — ٦٠ ٪) .

وان استقرار التنظيم الحروري بتحويل الحرارة الباطنة لا يقي من التبرد عند الانتقال فجأة من الداخل الى الخارج اذا ما كان البرد شديداً ، فالايجدر

اذن التحفظ بالملابس عند تغيير الوسط بارتداء معطف الا الاطفال الذين هم اشد تحسساً بالبرد لاسباب إمراضية خاصة فان هؤلاء تسخن ملابسهم في خزانة الثياب فيقل تأثير الوسط الخارجي بتراكم الحريرات فيها .

وقد بحثت اللجنة الصحية في جمعية الامم عند ما ترأسها الاستاذ (جاك باريستو) ممثلًا لفرنسة في السنة ١٩٣٧ ومحصت صحة هذه الشروط الوسطية للمساكن ، فالاعتبارات السابقة تعارضت مع المبدإ الانغلوساكسوني للوسط الاعظمي الملائم وهو امر شديد الخطر على الشعوب اللاتينيـة التي تتبع حياة هادئة ؛ فـكان ان تغلبت الفرضية الفرنسية بعد مباحثات مختلفة فاشارت اللجنة المذكورة الى ما يلحق خاصة التوافق في الجسم البشري من الضرر من جراء الميل المتزايد في بعض البلاد الى الامعان في رفع درجة حرارة المساكن باستمرار وجعلها ثابتة دوماً .

❀❀❀

الشباب والإشباب

«٩»

للعالم شوكة موفق الشطي

الصيام

فريضة الهية ارشدت اليها الكتب السماويةومن ادلة فرضيتها على اهل الكتاب من موسويين ونصارى ومسلمين ما جاءفي القرآن الكريم «يا ايها الذين آمنوا كتب عليكم الصيام كما كتب على الذين من قبلكم لعلكم تتقون اياماً معدودات».

الصوم في الاسلام هو الامساك عن المفطرات يوماً كاملًا من طلوع الفجر الى غروب الشمس في شهر رمضان وهو فرض عين على كل مكلف له تأثير عجيب في حفظ الجوارح الظاهرةوالقوى الباطنة وحميتها عن التخليط الجالب لها المواد الفاسدة وفي استفراغ المواد الرديئة المانعة من الصحة وكف النفس عن الاسترسال في ميولها ومجاهدتها ولتدريب المؤمن على انه انما يأكل ليتقوى ولتعويده ان تكون همته وقواه مصروفة الى ما وراء الأكل ولتعليمه فوائد الاعتدال في الطعام وحفظ صحته والى ذلك يشير الحديث الشريف (صوموا تصحوا) اذ لا يخفى انه كثيراً ما يكون سبب الامراض الافراط في الأكل والشرب . على ان الفائدة من الصيام لا تتم الا اذا اقتدي في ادائه بما امر به القرآن الكريم وارشد اليه النبي

الأمين الحليم في امر الطعام والشراب . واما اذا تم الصيام على النحو المعتاد اليوم بان يعوض الصائم عما فاته من طعام النهار بالدغص (*) وقت الإفطار والبردة في الليل والكظة في السحور فلا تحصل الفائدة منه ولا يكون اداؤه مطابقاً لما امر به المسلمون وارشدوا اليه لذلك رأينا ان نبحث اكمالاً للفائدة عن ذم النهم وعن ارشاد القرآن الكريم وهدى الرسول العظيم في امر الطعام والشراب .

ارشاد القرآن الكريم وهدى النبي الامين في الاكل والشرب

«كلوا واشربوا ولا تسرفوا ان الله لا يحب المسرفين» آية كريمة

لا تميتوا القلوب بكثرة الطعام والشراب — حديث شريف

لا تنسوا الجوف وما وعى (**) — حديث شريف

كلوا واشربوا في انصاف البطون — حديث شريف

صدرنا هذا البحث بالآية الكريمة لنبين ان الله عز وجل ارشد عباده الى ادخال ما يقيم البدن من الطعام والشراب عوض ما تحلل منه وان يكون بقدر ما ينتفع به البدن في الكمية والكيفية ومتى جاوز ذلك كان اسرافاً وكلاهما مانع من الصحة جالب للمرض اعني قلة الاكل والشرب او الاسراف فيهما .

وقد اردفنا الآية باحاديث شريفة لتظهر المقصود منها وكلها تنهى عن كثرة الطعام والشراب وتدعو الى اجتناب النهم والشره وتحذر من التخمة والبطنة باحسن الاقوال وابلغ الكلام .

(*) الدّغص : الامتلاء من الاكل (**) اي ما يدخل اليه من الطعام والشراب

ويتضح من الحديث الاخير تحديد مقدار الطعام والشراب ويبين ان الشبع فوق حاجة الانسان اذ كثيراً ما يأكل الانسان الطعام لانه ما زال يشتهيه ويخيل اليه ان صحته جيدة وان كل اعضائه تقوم بوظائفها حق القيام فتسول اليه نفسه ان لا داعي الى حرمانها مما يشتهيه من طعام وشراب فيكثر من الاستمراء تساعده على ذلك في بادىء الامر معدته وامعاؤه لانها اعضاء نشيطة لا تبدي اضطرابها الا متى زيد في ارهاقها على انها ولئن كانت صبورة على المشاق فهي عنيدة لا تخضع للترياق، شفاؤها عسر، اذا استحكم المرض فيها اتجه الى الشدة والزيادة وولد في الجسم امراضاً عديدة لا يكون ظهورها مباغتاً بل تتأسس خلسة وتتمكن في البدن تمكناً يصعب معها استئصال جذورها منه .

ولا بد هنا من التساؤل عن مقدار حاجة الانسان وعن زمن ردع نفسه عن الطعام اذا كان لا يزال يشتهيه وعما اذا كانت الشهوة في الطعام دليلاً على حاجة البدن اليه ؟

ان الجواب على ذلك هو ان الانسان اعتاد تناول الاغذية والاشربة اكثر من حاجته اليها . وقد تأصلت فيه هذه العادة مع ان نفع الغذاء ليس بكثرة مقداره او قلته فكم من النحيفين البطنين (١) الذين لا تزيدهم نهمهم الا نحفاً لاضطراب تمثل الاغذية في اجسامهم والذين اذا اوصوا بالاعتدال في الاكل والشرب اخذ وزنهم بالازدياد وكم من الاشخاص الذين اعتادوا املاء بطونهم بكميات كبيرة من الطعام والشراب فاذا عوض لهم عنها بما يعادلها

(١) البَطِن هو الرغيب الذي لا ينتهي من الاكل وقيل هو الذي لا هم له الا بطنه

من حيث النفع ويقل عنها من حيث الحجم خيل اليهم انهم ما زالوا جوعاً وفي كلا المثالين دليل واضح على ان الشبع ليس متعلقاً بحاجة الجسم وان حاجة الجسم غير مرتبطة بحس الامتلاء في اكثر الاشخاص ان لم يكن في جميعهم وذلك لأن الشبع كما يفهمه عامة الناس ليس حساً غريزياً بل عادة متأصلة في النفوس

وقد عرف الغرائزيون من اختباراتهم في الحيوان ومن بحوثهم في غذاء الانسان ان البدن يحتاج الى قوام غذائي فاذا أُدخل فيه اكثر من حاجته ولم يقو على حرقه وتمثيله او طرد فضلاته وافراغ انقاضه تراكمت العناصر المذكورة في نسجه واعضائه وولدت اضطرابات كثيرة . ولا شك ان القوام الغذائي يختلف باختلاف الاشخاص وعملهم وسنهم وجنسهم وعروقهم واقليمهم .

الاغذية

تكون الأغذية الاساسية على نوعين حيوانية ونباتية وان العلماء لمختلفون في ترجيح احد هذين النوعين على الآخر ، والاقرب الى الصواب ، بحسب تكوين الجهاز الهضمي في الانسان هي المرازمة اي القوام أو الترتيب المختلط من كلا النوعين كما ان هناك بعض احوال يرجح فيها استعمال الاغذية النباتية وحدها كما توجد احوال تضطر الى استعمال اللبن وحده وهي الحمية اللبنية فيكون قوام المعيشة بحسب ذلك على ثلاثة انواع : قوام رزامي (مختلط) وقوام نباتي صرف وقوام لبني بحت وهناك تراتيب او ضروب حمية خاصة تحتم على الانسان استعمال نوع خاص من الإغذية دون غيرها ويعد القوام اللبني نوعاً من الحمية .

١ - الترتيب الرزامي (المختلط) : الترتيب قوام معيشة لشخص كاهل نصف يلزم ان يعطى مقدار (١٠٠) غرام من المواد الاحينية و (٦٠) غراماً من الدسم مع (٢٥٠ - ٣٠٠) غرام من ماءات الفحم والمهم في هذا الترتيب ان يكون مختلط الانواع ليمكن الحصول على مقدار الملاح المختلفة الضرورية للبدن والارجح ان تؤخذ هذه المواد مناصفة من المولدين الحيواني والنباتي :

فلأخذ مقدار (٤٠ - ٦٠) غراماً من المواد الآزوتية الحيوانية يكفي اخذ المقادير المحررة من المواد الآتية :

(١٥٠) غراماً من اللحم الخالص وفيها (٢٠ - ٣٠) غراماً من المواد الآحينية وبيضتان وفيهما مقدار (١٥) غراماً من المواد الآزوتية وقد يؤخذ فوق ذلك مقدار من الجبن لاتمام المطلوب من تلك المواد الآزوتية الحيوانية

اما لتدارك المقدار النباتي منها فيؤخذ (٣٥٠ - ٦٠٠) غرام من الخبز فيها نحو ٢٨ - ٤٨ غراماً و ٨٠ غراماً من الخضراوات او البقول فيها نحو ١٦ غراماً و (٢٠٠ - ٣٠٠) غرام من البطاطا وفيها نحو ٤ - ٦ غرامات من المواد الآزوتية ويكمل النقص بأخذ شيء من الحبوب لاتمام المطلوب . اما الدسم فيسد قسماً منه ما اخذ من المقادير السابقة من المواد الحيوانية غالباً ويضاف لاتمامه مقدار ٢٠ - ٣٠ غراماً من الزبد والسمن او ما يعادلها غذاء من الزيوت النباتية فيحصل المقدار المطلوب واما للحصول على المقدار اللازم من ماءات الفحم ففي الخبز منها نحو (١٧٥ - ٣٠٠) غرام وفي الخضراوات او البقول المأخوذة نحو (٦٠ - ١٠٠) غرام وفي اللبن مقدار ٢٥ غراماً ويكمل النقص بالسكر والاثمار الاخرى فيتم المطلوب . ثم لا يخفى ان هذه المقادير قد

تحول جداً بحسب الحاجة وهي قوام بدن يعمل بجهد وقوة ويحتاج الى محروقات كثيرة .

٢ ـ النرتيب او القوام النباتي : من الثابت ان الإكثار من تناول المواد الآحينية والآزوتية وخاصة اللحم يورث البدن كثرة الفضل الآزوتية ولاسيما حمض البول وتزيد في اشباه قلويات البول كثيراً وهذا كله مما يزيد في سموم البدن اجمالاً كما سوف نبين . فكل هذه الاسباب تميل بالفكر نحو مذهب النباتيين من الفلاسفة كما انه ليوجد كثير من الرجال الاقوياء او المعمرين وكثير من ارباب الصناعات الشاقة كالحطابين والزراع والحمالين وغيرهم يعيشون بالاغذية النباتية على الاكثر كما انه من المسلم به ان هذا القوام النباتي مما يفيد ارباب الاعمال العقلية كثيراً ، عدا كونه يلين الطباع ويساعد على اصلاح بعض الصفات في الانسان وفيه فوائد اخرى بدنية محسوسة كوقاية البدن من شر القبض وأذاه وحفظه من الآفات الحرضية والافضل الجمع بين المذهبين وبذلك يمكن الجمع بين الفائدتين وهذا هو مذهب الرسول صلى الله عليه وسلم .

٣ ـ القوام اللبني : بما ان اللبن حاوٍ على العناصر الغذائية الثلاثية فيمكنه ان يكون غذاء كاملاً ويقوم وحده بأود الحياة البدنية . على انه يلجأ الى ذلك اما بقصد الحمية فقط او بقصد المعالجة لتخفيف وطأة الامتلاء أو الانفضاج الحاصل بسبب المطالة البدنية او البطنة .

واللبن بما له من الخاصة المدرة للبول وسهولة هضم دسمه وآحينه يكون مفيداً جداً كما انه يقلل من سموم البول وجراثيم الامعاء وبالنظر لفقره

بالملح فانه يساعد على تنقيص هذه المادة من البدن في بعض الامراض الـكلوية

ومن المعلوم ان اللبن الرائب لا يقل فائدة عن اللبن الصريف ان لم يكن افضل منه في بعض الاحوال لذا يمكن ان يستعمل كاللبن وحده . فاذا قارنا بين القوام الغذائي وما يتناوله الاشخاص لرأينا ان الـكثيرين منهم مفرطون في الاكل والشرب وخاصة اولئك المنعمون المترفون الساكنون او العاملون بعقولهم . ولئن كان ضرر افراط الاغتذاء عاماً فهو فيهم اشد ضرراً . هذا ولما كان متعذراً وزن ما يدخل الى البدن من الموا د الغذائيه في كل يوم وكان حس الشبع وحاجة الجسم غير مرتبطين وبما ان حاجة البدن في الاشخاص السليمين دون حس الشبع كان العمل بارشاد القرآن الـكريم وهدى الرسول باتباع الآية الكريمة والاحاديث الشريفة التي صدرنا بها هـذا البحث ضامناً لادخال المقدار اللازم من الطعـام وحائلاً دون الوقوع في شرور الامتلاء . (للبحث صلة)

❀❀❀

الجزء ١٠ المجلد ١٣

مجلة المعهد الطبي العربي

دمشق في نيسان سنة ١٩٣٩ م . الموافق لصفر سنة ١٣٥٨ هـ .

الجمعية الطبية الجراحية بدمشق

جلسة الثلاثاء في ١٤ آذار سنة ١٩٣٩

قرئت فيها التقارير التالية :

١ً — العليم شوكة موفق الشطي ، بعض اختبارات عن علم الوراثة: قام الباحث منذ سنتين باختبارات غايتها تطبيق قوانين مندل على توارث اللون فحصل على نتائج مخالفة لما هو معروف الآن تلخص بما يلي : ان الخُلُط المتوسطة الثابتة التي سعى العلماء الى الاستحصال عليها في الحيوان بدون ان يوفقوا تماماً موجودة في الطبيعة ، والحمام البني الفاتح من هذا النوع . والدليل على ذلك تفكك صفاتها ونزوعها الى اصلها متى زوجت بانواع اصلية . ٢ً — لم يشاهد حادث تأسن واحد الى الاب مما يثبت ان التأسن نادر ٣ً — ان اللونين الابيض والاسود هما صفتان اساسيتان في اكثر انواع الحيوان وكل منهما غالبة تارة ومغلوبة اخرى واما الالوان المتوسطة بينهما فصفات عارضية

ولكنها قد تكون مستمرة .

المناقشة : العليمان حسني سبح ، شوكت موفق الشطي .

٢ — العليم ممدوح الصاغ ، حادثة هرعية في عقب شفع ناجم عن شلل العصب الاشتياقي : مريضة سقطت من اعلى سلم وصدم رأسها وتشوشت رؤيتها فلم تعد تميز شكل الاشياء ، ولم يكشف فحص العينين اقل داء فيهما غير ان التشوش كان يزول حينما كانت تغلق عيناً وترى بواحدة فقط ويعود حينما كانت ترى بكلتا العينين فتحري الشفع (diplopie) فيها فوجد متجانساً وكان سببه فلج الزوج الرابع المعصب للعضلة المنحرفة الكبيرة للعين اليسرى فلجاً رضياً وقد اعترتها من جراء ذلك حالة هرعية (hystérique) زالت باستعمال نظارات بلورتها اليسرى مصقولة .

٣ — العليم شابو ، معالجة كسر نادر في نهاية النقا السفلى معالجة جراحية : جندي سنغالي اصيب بكسر بشكل T في نهاية النقا الايسر السفلى مع تبدل كبير ولم يستطع رد كسره بوسائط التجبير فعولج في اليوم الثامن معالجة جراحية قوامها ، نشر الناتىء المرفقي عند قاعدته . افراغ المفصل من الدم ، رد اللقمتين الانسية والوحشية وضبطهما بمحوى (Vis) ، رد الكسر المعترض وضبط جسم النقا مع فوق اللقمة بصفيحة برهام ، خياطة الناتىء المرفقي بشعر فلورنسة . وقد كانت النتيجة حسنة .

٤ — العليم منير السادات ، حادثة تمزق الرحم في اثناء المخاض : امرأة عمرها ٤٠ سنة حامل للمرة السابعة عشرة بدأ مخاضها بآلام متزايدة وانبثق جيب مياهها عفواً واخذت قابلتها ومن حضرت معها يحثثنها على الضغط والجهد

فشعرت بألم كطعنة الخنجر ووقف طلقها وسكن جنينها عن الحركة وساءت حالتها العامة فاخرج الجنين الميت بالملقط ورغب في اخراج المشيمة واذا بها في جوف البطن تحت الكبد لان الرحم كانت متمزقة . وقد رفض اهل المريضة العملية فعولجت بوضع الثلج على البطن والبروبيدون فشفيت في اليوم الخامس عشر بلا اقل اختلاط .

المناقشة : العلماء شارل ، شوكة القنواتي ، منير السادات

م . خ .

❀❀❀

بعض اختبارات عن علم الوراثة

للعايم شوكة موفق الشطي

قمت منذ سنتين ببعض الاختبارات عن علم الوراثة وغايتي تطبيق قوانين مندل على توارث اللون فحصلت على نتائج مخالفة لما هو معروف الآن لذلك رغبت في عرض الامر على الزملاء الأكارم

اخترت الحمام الهزاز لاختبار التخليط الوحيد بين نوعين يختلف احدهما عن الآخر بصفة واحدة وهي اللون ، وكان سبب ترجيحي للطير المذكور عن غيره إلفته والوفاء المتبادل بين ذكره وانثاه وقد حصلت على نتائج غير متوقعة كما هو مبين في الترتيب الآتي :

تزاوج بين طيرين :	ذكر بني فاتح	انثى بيضاء
النسل الاول	بني قاتم مبقع ببياض قليل	ابيض مبقع ببني
نسل النسل الاول	ابيض بياضه غالب ممزوج ببني قاتم	ابيض مبقع
نسل هذا النسل الاخير	ابيض مبقع واخيراً ابيض صرف	ابيض صرف

تزاوج بين طيرين : احدهما بني غالب ممزوج ببياض والثاني ابيض صرف

النسل الاول	اسود الابقع ريش	ابيض
نسل النسل الاول	اسود غالب مع بياض	بياض غالب مع بني
نسل هذا النسل الاخير	ابيض مبقع واخيراً ابيض صرف	ابيض مبقع واخيراً ابيض صرف

تزاوج بين	ذكر ابيض ممزوج بلون رمادي	وطيرة بيضاء صرفة
النسل الاول	رمادي	ابيض
نسل النسل الاول	اسود مبقع بابيض	ابيض
نسل النسل السابق	لون قريب من الرمادي اخذ يغمق مع الوقت	ابيض واخيراً نسل ابيض

واستحصلت على طيور بيض من اب وام مبقعي اللون يغلب فيهما السواد وطيورين رماديي اللون مبقعين بريشات بيض قليلة العدد وطير اسود ارجح ان يكون نقي العرق (١). فاذا امعنا النظر في ما مرَّ اتضح لنا ان البياض في هذه الذراري صفة اصلية فقد حصلت على طيور بيض اللون صرفة لا تنسل الا طيوراً بيضاً ، وان اللون البني الفاتح لون عارضي احدثه إحكام التخليط في الخليقة منذ آلاف السنين فلم استطع الاستحصال على طير واحد له لون ابيه بل كان اللون اشد قتاماً وضارباً الى السواد في اغلب الاحيان وكان السواد صرفاً في طير واحد

وقد رأيت ان افراد الذراري المختلفة تختلف درجةُ تبقعها ولونُ بعضها عن البعض الاخر اختلافاً كبيراً يمكن تصنيفُ درجاته بحلقات متواصلة لها طرفان . يبدو في الطرف الأول طير اصيل مشابه للأم اي ابيض وفي الطرف الثاني خليط يختلف لونه عن لون الأب ولا يكون مثله ابداً بل يبدو ضارباً الى السواد دائماً وكان احد هذه الطيور اسود صرفاً من عرق نقي على ما ارجح .

وقد استنتجنا من ذلك انه قد يكون من الصواب القول بان الحمام في

(١) سوف يتضح ذلك من متابعة الاختبار

اصل الحلقة ذو لون اسود او ابيض وان الحمام المصطبغ بالوان اخرى خليطٌ متوسطٌ ثابتٌ ناتجٌ من امتزاج اللونين الاصليين وتراكبهما بفعل الخمائر فيهما وان النزوعَ الى الاصل في الذراري الناتجة من التزاوج بين هجين ثابت وعرق اصلي نادر جداً لجهة الخلط .

ويجدر بالباحث هنا التساؤل عن كيفية انتقال اللون في هذه التجارب فاذا قبلنا في انتقاله نظرية الصبغيات كان من اللازم ان يبدو بعض الأفراد مشابهاً تمام المشابهة للأب وهذا لم نره ابداً . ولا بد لشرح ذلك من الرجوع الى بعض انصار نظرية العوامل القائلين بان تراث اللون يناسب صيغاً كيمياوية خاصة تعمل فيها المخمرات عملاً اكيداً ولنا في تباين مظهر القتامين في الانسان والحيوان لا بل وفي الانسان نفسه ، بين عدم اللون المطلق واللون الأشقر البسيط واللون الأسود والحالك ما يشجع على هذا القول .

واننا نثبت فيما يلي خلاصةً عن نتائج اختبارنا

١ً — ان الخُلُط المتوسطة الثابتة التي سعى العلماء الى الاستحصال عليها في الحيوان بدون ان يوفقوا تماماً موجودة في الطبيعة والحمامُ البني الفاتح من هذا النوع والدليل على ذلك تفككُ صفاتها وعدم تأسنها ونزوعها الى اصلها متى زوجت بانواع اصلية .

٢ً — لم نشاهد حادث تأسن واحد الى الأب بين جميع الطيور التي استحصلنا عليها وذلك دليل على ان التأسن للخليط في التزاوج بين طير خليط ثابت وطير اصلي نادر كما هو الحال في التزاوج بين رساس يختلف

بعضها عن بعض بكثير من الصفات .

٣ً – ان نظرية الصبغيات لا تعلل لنا تباين الالوان في الطيور التي حصلنا عليها وان نظرية العوامل الكيمياوية او الخمائر اقرب من الاولى الى الصواب قياساً على ما يشاهد في تباين مظاهر القتامين .

٤ً – ان اللونَ الاسود واللون الابيض هما صفتان اساسيتان في اكثر انواع الحيوان وتكون كل منهما غالبةً تارة ومغلوبةً طوراً . واما الالوان المتوسطة بينهما او الناتجةُ من تراكبهما فكثيرةٌ ولا يجوز حشرها لا في زمرة الصفات الغالبة ولا المغلوبة لانها صفات عارضية ولكنها قد تكون مستمرة .

المناقشة :

العليم حسني سبح : ان الملاحظة التي ابديها على اختبارات الزميل الفاضل هي ان الاجناس المنتقاة للاختبار لا يحتمل ان تكون من الاجناس الصرفة لان القوانين الجاري حكمها في الوراثة والمبنية على اختبارات دامت عشرات من السنين لا يجوز نقضها بمثل هذه الاختبارات التي لا تتعدى السنتين . ولست اشك ان الطيور التي حجزت منذ الاختبار كانت طليقة قبله وكيف نعلم ما اذا لم يكن لون احد حدودها بلون احد الحفدة شأن الحال في الرجوع الى الاصل (atavisme) كما في مشاهدة دروين الذي شاهد ان في احد طيوره ريشة سوداء اسند لونها الى احد اجداده القسمين

العليم شوكة الشطي : اعتقد ان الطيور التي انتخبتها على نوعين منها الطيور البيض وهي طيور صرفة والطيور البنية وهي خليطة ولست اشك مطلقاً في

صفاء الطيور البيض لان التناسل بينها وبين الطيور الاخرى ولّد بعد عدة انسال طيوراً بيضاً وفي ذلك ما يكفي للقول بان تلك الطيور كانت من عرق خالص لان التخليط ادى الى نزوعها الى الاصل والى توليدها طيوراً بيضاً صرفة لا تنسل الا طيوراً بيضاً وفي ذلك ما يكفي لاثبات نقاء عرقها . اما الطيور البنية فانها خليطة لان الزواج بينها وبين الطيور الصرفة فكك صفاتها فبدت بألوان مختلفة ولكنها لم تبدُ بلون الاب الاصلي ففي هذا ما يدل على انها ليست الا خلطاً .

❀❀❀

كلمة تاريخية عن الشبه في الوراثة والتأسن (اتافيزم)

كنا نظن ان التأسن حادث عرفه علماء الغرب وقد اطلعنا في كتاب التبيان في اقسام القرآن للعلامة ابن قيم الجوزية المتوفى سنة ٧٥١ هجرية ما يبين ان الفضل في اولية هذا البحث يرجع الى العرب فقد جاء في الصفحة ٣٣٠ من الكتاب المذكور ما يلي :

وايضاً فالمولود قد يشبه جداً بعيداً من اجداده كما ثبت في الصحيح عن النبي صلى الله عليه وسلم : ان رجلاً سأله ، فقال : ان امرأتي ولدت غلاماً اسود : قل اهل الك من ابل ؟ قال : نعم . قال (فما الوانها ؟) قال : سود قال (هل فيها من أورق ؟)قال : نعم . قال : (فانّى له ذلك) قال : عسى ان يكون نزعه عرق . قال (وهذا « عن الغلام » عسى ان يكون نزعه عرق)

وجاء في الصفحة ٣٣٤ عن النزوع الى الاصل واما شبه المولود بالجد البعيد من اجداده فلان ذلك الشبه البعيد لم يزل ينتقل في الاصلاب حتى استقر في صورة الولد ، وبها حصل الشبه .

لقد اثبتنا هذه الكلمة لرد الفضل الى ذويه ايضاحاً للحقيقة وخدمة لتاريخ العلم .

❀❀❀

حادثة هرعية عقب شفع ناجم عن شلل العصب

الاشتياقي المعصب للعضلة المنحرفة الكبيرة للعين اليسرى

للعليم ممدوح الصباغ

راجعتني الامرأة ج. ك. في ٦ حزيران سنة ٩٣٧ وقد ارسلها اليّ الزميل الفاضل الدكتور شارل لمعالجة تشوش في بصرها .

الاستجواب : تبين انها في العقد الرابع من عمرها . تفيد انها قبل مراجعتي ببضعة ايام زلت قدمها فسقطت من اعلى السلم واصيبت بصدمة على رأسها عقبها تشوش البصر فلم تعد تميز شكل الاشياء بصورة جلية واضحة .

فحص العينين : لم يشاهد عرض ظاهر يذكر يدل على منشاء تشوش البصر وقعر العينين سالم ايضاً .

ولما سألت المريضة اغلاق عينيها مناوبة لتعيين القدرة البصرية في كل منهما على حدة زال تشوش الرؤية . ووجدت القدرة البصرية في كلتا العينين طبيعية وكان تشوش الرؤية يعود حينما كانت تفتح كلتا عينيها .

فاصابتها بالرض وتشوش بصرها بعده ساقاني الى التفكير في احدى العضلات العينية مع انها لا تشكو شفعاً (diplopie) ولا انحرافاً (déviation) ظاهراً في وضع المقلتين كما هو الحال في فالج عضلات العين الخفيفة الدرجة فتحريت الشفع فوجدته متجانساً .

(diplopie homonyme) يظهر في الجهة السفلى . فمنها اتضح لي انها مصابة بفلج رضي للزوج الرابع المعصب للعضلة المنحرفة الكبيرة للعين اليسرى . فاوصيتها باستعمال مركبات يودور البوتاسيوم .

وبعد مرور خمسة عشر يوماً على هـذه المعاينة افادت ان تشوش الرؤية لا يزال وانها تشتكي علاوة عليه دواراً وغثياناً ونوب هرع تنتابها مرة او مرتين في اليوم فعزوت كل هذا الى تشوش بصرها واوصيتها باستعمال نظارات بلورتها اليسرى مصقولة كما اني وصفت لها الفاليريانا .

وبعد ان استعملت النظارات زال الدوار والغثيان ونوب الهرع وشفيت المريضة شفاء تاماً .

❀❀❀

معالجة كسر نادر في نهاية النقا السفلى

معالجة جراحية

للعليم شابو جراح المستشفيات العسكرية
ترجمها العليم جمال نصار

يقول العليم القائد بونه (Bonnet) الاستاذ في مستشفى فال دوغراس (Val-de-Grace) ، في جزء حديث من اجزاء (مجلة مصلحة الصحة العسكرية) ان الاستجدال (ostéo-synthèse) اخذ يتراجع في معالجة كسور العظام ولما كنت محافظاً على طرائق اساتذتي العسكريين بقيت مقتنعاً بنجاح طرائق التجبير (orthopédiques) غير اني اذا قدمت اليكم هذه الحادثة الآن فلان الكسر يستدعي المعالجة الجراحية

جندي سنغالي من فرقة المشاة دخل قسم الجراحة في ١٦ ايلول المنصرم لرض مرفقه الايسر الناجم عن سقوط على راحة اليد. المرفق جسيم ولا تبدل ظاهر في شكله لان وذمة كدمية واسعة كانت تحيط بالمرفق ممتدة في الاعلى حتى الحفرة الابطية وفي الاسفل حتى منتصف الساعد . وكانت المسافة بين فوق البكرة وفوق اللقمة متسعة وضغطها الجانبي مؤلماً جداً ، ونهاية النقا السفلى متحركة وبدون فرقعة .

فاللقمتان الجراحيتان الانسية والوحشية متحركتان من الامام الى الخلف

الامر الذي جعلني اشك في كسر بشكل التاء (T) الفرنسية في نهاية النقا السفلى ولم تبد اضطرابات وعائية عصبية وعظما الساعد سليمان والاستلقاء غير مؤلم .

وقد عين الرسم الشعاعي التشخيص وابان علاوة على ما تقدم قطعة عظمية رابعة لم يبدها الفحص السريري فنهاية العظم السفلى منكسرة كسراً كالصليب ، خطه الافقي مارّ بأعلى الحط السأر من فوق اللقمة الى فوق البكرة وخطه العمود متجه من الشفة الوحشية للبكرة ومنته بحافة جسم العظم الانسية فوق الفاصل المفصلي بثمانية سنتمترات وقد انقلبت اللقمة الوحشية حتى ان وجهها المفصلي اصبح ناظراً الى الاسفل والانسي بيد ان القطعة الرابعة العلوية الانسية كانت تصالب جسم العظم بانقلاب نهايتها العليا الى الوراء وكانت قاعدتها السفلى بعيدة عن الجسم زهاء سانتمترين

وقد ثبت الكسر في الحال بجبيرة جبسية زاوية قائمة وبعد مضي ثمانية ايام اعني في ٢٤ ايلول اجريت التوسط الجراحي .

١) شق بشكل U بحسب طريقة ألغلاف .

٢) كشف الشريحة العلوية ورفعها وعزل العصب الزندي .

٣) قطع قاعدة الناتىء المرفقي بمنشار جيغلي

٤) افراغ الورم الدموي وتنظيف نهايات العظم .

٥) رد القطعتين السفليتين وتثبيتهما بمحوى (Vis)

٦) رد القطعتين العلويتين بصفيحة بارهام (Parham) وربطها بشعر فلورنسة

٧) رد الكسر المعترض وتثبيت اللقمة الوحشية بجسم العظم بمحوى .

مار تحت ما فوق اللقمة (éphicondyle) .

٨) خياطة الناتىء المرفقي بشعر فلورنسة بغرز مجتازة العظم .

٩) ستر العصب الزندي

١٠) خياطة الجناحين المرفقيين والغلاف الشامل بالحمشة (الكاتغوت)

١١) خياطة الجلد بشعر فلورنسة

١٢) ضماد ضاغط وتثبيت المرفق زاوية قائمة بجهاز جبسي دائري

كانت عواقب العملية بسيطة واستطاع الجريح العودة الى عمله في ٩ تشرين الثاني . وقد استدعيته لأريكم اياه فالاندمال تام على ان المرفق لا يزال حاراً قليلاً ولكنه غير مؤلم .

لم يتسع المرفق الا سنتيمتراً واحداً ويتعدى العطف الزاوية القائمة ويعادل البسط ١٦٠° والاستلقاء طبيعي . واذا كان ضمور عضلات العضد يعادل سنتمترين وضمور عضلات الساعد سنتيمتراً ونصف السنتمتر فان هذه العضلات قد استعادت قوتها كما يتبين لكم من معاينة الجريح وليست خطوط الكسر ظاهرة في الرسم الشعاعي الاخير والدشبذ متوسط الحجم بالنسبة الى حالة الكسر القديمة .

وكان قد اقترح شومه و وب (Chomet,Boppe) في مجلة الجراحة رد كسور النقا فوق اللقمتين رداً تجبيرياً واشارا الى حسن نتائجه غير ان الحادثة التي اقدمها لم يكن الرد التجبيري فيها ممكناً لانقلاب القطعتين السفلية الوحشية والعلوية الانسية ولاستحالة تقريب القطعتين السفليتين احداهما من الاخرى .

ولست اريد ان ابحث في فوائد الطريقتين ومحاذيرهما ولكنني اكتفي بالقول انالرد الجراحي ردٌّ كامل متقن .

ويستدعي الاستجدال ذا استثنينا بعض العوامل رداً تشريحياً كاملاً وقد حذوت حذو اكثر الجراحين فلم استعمل صفائح بارهام التي تخنق العظم ولكني وجدتها حسنة جداً في الرد حتى اذا ماتم استعضت عنها في الحال بشعر فلورنسة الذي ترون انطباعه في الرسم الاخير الجانبي وان امراً واحداً يزعجني وهو ان المريض قد رفض اخراج ادوات الاستجدال قبل خروجه من المستشفى وهو لا يزال مصراً على ذلك حتى اليوم .

ولست اعتقد ان محاذير تنشأ منها . مع ان تخلخل العظم يبدو في الرسم الكهربي الامامي حول هذه الادوات وليست المحويات متقلقلة البتة وقد غرست جيداً في مكانها . فاذا اصبحت مزعجة او اذا اضطررنا الى مداواة كهربية سهل استخراجها .

❀❀❀

حادثة تمزق الرحم في اثناء المخاض

للعليم منير السادات

في الساعة الثامنة من مساء ٢٥ تشرين الثاني ٩٣٨ دُعيت الى اتمام ولادة عسيرة بدأ المخاض فيها منذ صباح ذلك اليوم . السيدة ف . ص . لهـا من العمر ٤٠ سنة حامل للمرة السابعة عشرة ليس في سوابقها المرضية ما يستحق الذكر . لها من الاولاد الاحياء ٦ وتوفي لها ٧ واجهضت ثلاث مرات . في سوابقها الولادية تطبيق ملقط الجنين في الولادة الاخيرة السابقـة على رأس في اسفل الحوض وقد قام بهذه العملية مولد معروف في دمشق . حملها هذا مرَّ بسلام بدون اي عارض يذكر . بدأ مخاضها من الصباح الباكر من ذلك اليوم بآلام متزايدة وانبثق جيب المياه عفواً حوالي الساعة الثانية بعد الظهر فدُعيت الى الجلوس على كرسي الولادة آنئذٍ واخذت القابلة يشاركها الجمع الذي يحيط بها من ذوي المرأة وجيرانها يحثونها على الضغط والجهد فما لبثت حتى احست بألم شديد في اسفل البطن وفي المراق اليسرى تصفه المريضة انه شبيه بطعنة الخنجر فتوقف طلقها وسكنت حركات الجنين

دعي لها طبيب حوالي الساعة الرابعة فحقنهـا بحبابة لا ادري نوعهـا وانصرف . وجدت الحامل حين عاينتها على الحالة الآتية : النبض مسرع يعد ١٢٠ في الدقيقة . السيماء لم اتبينها جيداً لضعف النور في تلك الدار الفقيرة وقد كانت المرأة في غرفة صغيرة لا سرير فيها ولا اثاث مطروحة على فراش رقيق

في الارض. البطن متنفخ كثيراً ومتطبل، جسه موجع غير اني تمكنت على الرغم من كل هذا من الشعور بكتلة كبيرة صلبة كائنة في الناحيــة اليمنى لاسفل البطن تمتد عالياً حتى حذاء السرة. وقد منعتني شدة الالم من تعيين طبيعتها ، قلب الجنين غير مسموع ، رأسه متداخل تداخلًا عميقاً وقريب من العجان في الوضع القفوي العاني . وضعت بضع وسادات صلبة الواحدة فوق الاخرى وجعلت المرأة عليها وطبقت ملقط الجنين واخرجت بسهولة تامة طفلة ميتة زنتها زهاء ٣٥٠٠ غرام وقد تدفقت كمية كبيرة من الدم الاسود بعد خروج الجنين من الفرج يقدر وزنها بـ ٨٠٠ غرام فرغبت في ان اخرج المشيمة في الحال واستقصي باطن الرحم فأدخلت يدي متبعاً السرر واذا بها تجوز تمزقاً في الرحم بحذاء الوجه الخلفي للعنق وتدخل جوف البطن ولم تدرك المشيمة الا بعد ان علت كثيراً ووصلت حتى وجه الـكبد السفلى فالتقطتها وجرتها وتبين لي ان جسم الرحم متقفع وواقع في الناحيــة اليمنى من اسفل البطن وان عنقها متقلص وان التمزق بحذاء اتصال الوجه الخلفي من المهبل بعنق الرحم لا يقل طوله عن عشرة سانتمترات . ساءت حال المرأة بعد انتها عملية التوليد واستئصال المشيمة فاجريت لها الاسعافات السريعة الممكنة من منعشات قلبية ورافعات للضغط ونقلت الوالدة لفراشها بكل اعتناء واشرت على اهلها بنقلها للمستشفى ووجوب التوسط الجراحي فرفضوا رفضاً باتاً رغم ما بينته لهم من المحاذير والاختلاطات التي قد تنجم عن التأخير فاضطررت الى معالجتها طبياً بوضع الثلج على البطن وعــدت المريضة في اليوم الثاني ووجدتها احسن حالاً من اليوم السابق فوصفت لها الرويازول ولقاح دلبه

وحقنها منه بسنتمترين مكعبين فقط خوفاً من شدة الصدمة اللقاحية التي قد تضاف الى صدمتها الجراحية وثابرت على حقنها بالمنعشات في اليومين الثاني والثالث واكملت لقاح دلبه في اليومين الثالث والخامس من الولادة فظلت الحرارة بين ٣٧,٥ و ٣٩ طيلة اسبوع وقد ظهرت بالجس آثار النزف الباطن المجتمع في الناحية الحرقفية الانسية اليسرى واستمادت المريضة قواها تدريجياً وتم شفاؤها في اليوم الخامس عشر اذ تأكدت ان ثلمة التمزق قد ندبت تماماً كما ظهر لي بالمس المهبلي الذي اجريته في ذلك اليوم للمرة الاولى بعد الولادة .

ارى ان هذه المشاهدة مفيدة للامور التالية :

١ً — لأن الاسباب التي ينجم عنها تمزق الرحم عادة لم يكن في سوابق مريضتنا شيء منها فهي كما لا يخفى آلية كالرضوض او استعمال مقلصات الرحم في حالات التقفع او ضيق الحوض او الاعتلالات المسيرة او عمليات سابقة كالقيصرية العالية او تثقيب الرحم في اثناء التجريف او تطبيق ملقط الجنين ولم اجد في هذه المشاهدة شيئاً من كل ذلك سوى استعمال ملقط الجنين في الولادة السابقة وقد مضت تلك الولادة بدون عوارض تستلفت النظر ولا اظن انه قد حصل انثقاب او تمزق في ذلك الحين . حوضها طبيعي وحجم الوليد متوسط والاعتلان كذلك طبيعي فلا يبقى لدينا من سبب لهذا التمزق سوى الضغط والجهد الذي دُعيت المرأة الى اجرائه وقت الولادة وقد كانت الرحم على ما يرجح في ذلك الحين متقفعة وهي رحم ولودة تعبة الأمر الذي افضى الى تمزقها ومثل هذه التمزقات نادرة جداً .

٢ً – لان التشخيص جاء متأخراً ولم اتأكد تمزق الرحم الا بعد خروج الجنين وذلك لان انحاء البطن جميعها كانت متنفخة ولانه كان شديد المضض ولم تكن الاعراض العامة سيئة لتستدعي النظر ولم يكن هناك اي سبب من اسباب التمزق مما دعاني الى عدم التفكير كثيراً في هذا الامر واما الاعراض التي ابدتها المرأة عصارى ذلك اليوم فلم اطلع عليها الا في اليوم الثاني .

٣ – لان المعالجة الملطفة التي اقتصرت على الثلج والمنعشات والبرويدون قد افضت الى نتيجة باهرة منتظرة واننا مدينون بهذه المشاهدة لاهل المريضة الذين رفضوا التوسط الجراحي ولو انهم اذعنوا له لما كنت احجمت عن فتح البطن واستئصال الرحم ووقف النزف. وشفاء هذه المريضة من الامور النادرة لانها قد نجت من خطر النزف اولاً ومن التهاب الصفاق (البريطون) لذي كان ممكن الحدوث بمحتويات الرحم الملوثة او بيدي التي دخلت جوف البطن ولم تكن طاهرة الطهارة الجراحية الكافية لانها كانت قد طهرت بالدلك بالكحول قبل اجراء الولادة ولم تطهر بشيء بعدها . غير ان هذه النتيجة الحسنة لا تشجعنا على انتهاج مثل هذه المعالجة في تمزقات الرحم بل تبين لنا ان دفاع البدن قد يعوق في بعض من الحالات كل تصور وتدعونا الى التوسط الجراحي منعاً للاختلاطات التي نجت منها هذه المريضة وقد لا تنجو منها سواها اذا اهمل امرها .

المناقشة :

العليم شارل : انني اعزو التمزق في هذه الحادثة الى الجهد كما عزوتموه لان

الاسباب الاخرى الآلية لا اثر لها واذكر حادثة من هذا النوع في فرنسة لم يكن سببها الا حث الولودة على الجهد بعد ان بدأ مخاضها وقبل ان يتسع عنق الرحم اتساعاً كافياً اما التشخيص فاعتقد ان الوصول اليه كان ممكناً قبل تطبيق ملقط الجنين لان الاعراض التي بدت في المرأة كانت كافية لاثباته : وقوف الطلق،سكون الجنين ، الالم كطعنة الخنجر . واما الموت في انشقاق الرحم فقلّ ان يكون النزف سببه لان الشريان الرحمي ولو انقطع مع انه قلما ينقطع ، لا ينزف لكونه ممطوطاً ولالتفاف طبقتيه الباطنة والوسطى وسدهما لمعة الشريان . وقد اسعد الحظ مريضتك فشفيت وليس الشفاء نادراً لان معدله كان في العهد السابق لعصر الطهارة بين ٣٠ و ٥٠ ٪

العليم شوكة القنواتي: ١ـ ذكر الزميل اسباب التمزق ولم يذكر سبباً مهماً ولا سيما في هذه المريضة الكثيرة الولادة وهو استحالة الياف العضلة الرحمية استحالة حبيبية شحمية تفضي الى انشقاق الرحم او تؤهلها له

٢ً – من الثابت اليوم ان تمزق الرحم التام يستدعي التوسط الجراحي واستئصال الرحم المتمزقة.واهمال هذا التوسط يفضي الى الموت ، مع ان زميلنا يقول ان تمزق الرحم في مريضته لم يفضِ الى النتيجة المذكورة بل كانت المعالجة التي سماها الزميل بالمعالجة الملطفة كافية للشفاء فبهذه المناسبة احب ان اعلل اسباب نجاة المريضة من الموت في مشاهدة الزميل فأقول :

ان الموت في مثل هذه الحادثة ينجم عن سببين رئيسين هما النزف او الانتان وسبب ثالث قد يكون بين عوامل الموت وهو الصدمة .

اما النزف فلا يقع في جميع تمزقات الرحم بل يختلف الامر فيه بحسب مقرها

ففي التمزقات التي تصيب الوجه الامامي او الخلفي على الخط المتوسط وهي المنطقة اللاوعائية لا يقع النزف واذا حدث فلا يتمدى بضعة سنتمترات مكعبة وهي كمية لا تكفي لاحداث الموت بالنزف لا سيما اذا دفعت الرحم المتمزقة محتواها الى البطن او الى خارجه بمساعدة المولد فان الرحم المتمزقة تتقلص ويقف النزف وهي الآلية التي دعاها بينار ارقاء الدم الحي وفي مشاهدة زميلنا وقع التمزق على الوجه الخلفي من جسم الرحم .

واما الانتان فلم يقع لان للصفاق مقاومة خاصة في بعض الاحوال حتى في ما يخشى اشد الخشية فيه من التهاب الصفاق ، واذكر هنا على سبيل المثال انني كنت فتحت بطناً لاستئصال رحم امرأة مصابة باستسقاء البوقين فوضعت الممرضة خطأ بين يدي علبة آلات غير معقمة وقد انهيت عمليتي بهذه الآلات واندمل جرح المريضة بالمقصد الاول وشفيت دون ان تصاب بأقل انتان ، وفي الجراحة امثلة كثيرة تثبت دفاع الصفاق على النحو المشابه لما ذكرت .

العليم منير السادات : ان التمزق قد عزوته الى الجهد فنحن متفقون عليه كل الاتفاق واما التشخيص فقد ذكرت في مشاهدتي ان العلامات التي يتصف بها انشقاق الرحم لم تفض بها الي المرأة ولا من حولها الا في اليوم الثاني واني اقرّ ان معاينة ادق ربما كانت كافية لتشخيص التمزق على الرغم من كتم تلك المعلومات غير ان وضعة المريضة في تلك الغرفة المظلمة وفقد الوسائط وضرورة السرعة في الاسعاف كل هذا قد حال دون الوصول الى هذا التشخيص . واما النزف فقد كان غزيراً لا يقل عن ٨٠٠ غم على الرغم

من وقوع التمزق في القسم المتوسط مع انه على ما اظن كان قليل الانحراف الى الجانب ايضاً وسوء حالة المريضة واسراع نبضها وضعفه الزائد دليل عليه لانني لا اعتقد ان سوء حالتها كان ناجماً عن الصدمة فقط وليس من داعٍ الى الصدمة في تطبيق ملقط الجنين الذين لم اصادف فيه اقل صعوبة .

❀❀❀

معالجة التهاب المعى السلي باستهواء الصفاق

للعليمين حسني سبح وبشير العظمه

تقرير القي في مؤتمر القاهرة الطبي المنصرم

ان معالجة التهاب المعي السلي باستهواء البريتون (pneumopéritoine) ليست حديثة العهد ولعل (Mosetic-Moohof) اول من تصدى اليها قبل ست واربعين سنة بحقنه مقداراً من الهواء المعقم في جوف البريتون لطفل مصاب بالتهاب البريتون السلي بعـد ان أفرغ الجوف مما يحويه من السائل المصلي الليفيني وتم له الشفاء بعد خمسة اشهر . وتعاقب بعده الاطباء في تطبيق هذه الطريقة في الالتهاب السلي للمعى والبريتون ، وتلت ذلك حقبة من الزمن طويت هذه الطريقة من بين الوسائل العلاجية لمثل هذا الاختلاط الوخيم . حتى ان الكتب المدرسية قل ما تلمح اليها وتأتي على ذكرها .

ويعود الفضل في السنين الاخيرة الى المدرسة الايطاليـة والى معهد (Carlo Forlanini) بعث هذه الطريقة وتطبيقها الواسع لا في التهاب المعى السلي فحسب بل في غيره من الامراض التي لا تمت اليه بصلة مما يخرج عن نطاق موضوعنا هذا .

وبعد ان اطلعنا على ابحاث المعهد المذكور وما افضت اليه هذه الطريقة من نتائج باهرة في مداواة التهاب المعى السلي الذي يقف الطبيب حياله مكتوف اليدين مرتبكاً ، وألم الخيبة يحز قلبه ، فيرى عليله يذوب امام عينيه

ويهزل وتخور قواه يوماً عن يوم الى ان ينتزعه الموت وليس بحوزتـه من الوسائل ما يصح الاعتماد عليه والاستيثاق به .

وقد اتيح لنا بعد ذلك ان شاهدنا في الاشهر الاخيرة ثلاثة حوادث لالتهاب المعى السلي عالجناها باستهواء البريتون فـكانت النتيجة باهرة تشجعنا على المضي بتطبيقها ونلفت انظار الزملاء اليها لخلوها من كل خطر. ولسنا بمقام الادعاء بان ناتي نوراً جديـداً على استهواء البريتون في مثل هذه الحوادث الضئيلة بل نترك ذلك الى المستقبل والى آراء الزملاء الافاضل في هذا الشأن وخبرتهم .

واليكم مشاهداتنا :

١ — ن . ج . شاب في العقد الثاني من العمر يشتكي سعالاً جافـاً قديماً واسهالاً وآلاماً بطنية ترجع الى قبل اربعة اشهر، فاعتراه من جراء ذلك نحول شديد ووهن عام وهو يبدي حمى مسائية تبلغ درجتها ٣٨,٤ يتلوها عرق غزير. اما الاعراض البطنية فـكانت تبدو بالتناذر الزحاري syndrome) dysentérique) لم يكشف البحث المجهري المجرى في برازه اي اثر لعامل الزحار، غير ان الفحص السريري والفحص الشعاعي اثبتا الآفة السلية الليفية في رئته اليسرى ، كما ان البحث عن عصية كوخ في البراز بعد التجنيس قد اتى مثبتاً ، وفي القشع وفي عصارة المـعدة على الريق كان سلبيـاً . اجرينا له حقن الاوكسيجين في البريتون بمقدار ٤٠٠ سم٣ وكررنا الحقن بالهواء المصفى بمقدار ٣٠٠ سم٣ بفاصلة ثلاثة ايام على اربع مرات وبفاصلة اسبوع على خمس مرات فـكانت النتيجة ان استعاد العليل ١٢ كيلواً من وزنه

في مدة شهرين وزالت الحمى المسائية تماماً مع تلك الاعراض الزحارية المزعجة ، وقد غادر عليلنا المستشفى بعد ذلك ممتناً مما وصلت اليه حاله من تحسن باهر ولم يوافقنا على متابعة المعالجة. وقد اخبرنا بانه يتمتع بصحة مطردة التحسن .

٢ — ع. ح. سيدة تبلغ من العمر ٣٥ سنة استشفت من نحول شديد اعتراها بلغ بها درجة الدنف (cachexie) بظهور الوذمة في طرفيها السفليين وشحوب لحفها وخور قواها . وكان الاسهال ملازماً اياها منذ سنة متناوباً مع الامساك وانتفاخ البطن من حين لآخر ، وكانت الحالة على غاية من السوء . لم تكشف الفحوص المخبرية سبب الاسهال المزمن المذكور غير اننا انتهينا في استقراء سوابقها الاساسية الى ان زوجها مات مسلولاً قبل شهرين وان في سوابقها الشخصية تكرر النزلات الصدرية. وكشف الفحص الشعاعي آفات منتشرة في الرئتين بحالة الكمون . لم نتردد حيال ذلك عن اسناد الاسهال الى التهاب المعى السلي فاجري استهواء البريتون على النمط المتقدم في المشاهدة السابقة واشركناه بحقن خلاصة الكبد لمكافحة فقر الدم البادي فيها ، فتحسنت الاعراض العامة وتبدلت سحنة العليلة تبدلاً سريعاً مستغرباً وهي لا تزال محافظة على ما وصلت اليه من تبدل حسن .

س . ق . شاب في العقد الثالث من عمره يشكو اعراضاً صدرية يصحبها نفث الدم، واسهالاً يعتريه بعد الطعام ، اثبت الفحص الشعاعي والجرثومي اصابته بآفة متسعة في الرئة اليمنى في طور التكهف مع بدء اصابة في الناحية تحت الترقوة اليسرى ، عولج العليل باستهواء الصدر (pneumo thoraxe)

في الجانب الايمن بغية معالجة آفته الرئوية اليمنى ، غير ان استهواء الصدر لم يكن ممكناً لتعذر انضغاط الكهف الذي يبلغ حجمه حجم البرتقالة ، ولما يحيط به من الارتشاح الشديد والالتصاقات الكثيرة التي كانت تربطه بالجدار ، فاجرينا له استهواء البريتون أملاً بتحسين حالته المعدية والرئوية معاً كما تراءى ذلك لبعض الباحثين الايطاليين ، غير ان التحسن الذي شاهدناه لم يكن بدرجة ما كان في المشاهدتين السالفتين ولم يشأ العليل متابعة المعالجة بعد ان ساوره اليأس من اخفاق استهواء صدره وبطنه وغاب عنا بدون ان نعلم عنه شيئاً .

سادتي الافاضل : لسنا كما قلنا في البدء مع هذه المشاهدات الضئيلة في موضع الجزم والتأكيد على نوعية هذه الطريقة القديمة الحدثة بل يخال الينا انه لمن الصواب ان تجرب وان يركن اليها في هذه العلة الوبيلة التي طالما تخفق في معالجتها بقية الوسائل المعروفة لدينا اخفاقاً مطلقاً ولا سيما وهي بسيطة التطبيق وخلو من كل محذور .

❀❀❀

علاج السل غير الرئوي

بالاشعة المجهولة وبمختلف اشعة النور الكيميوي والراديوم

للعليم فيليب شدياق

محاضرة القيت بالقاهرة في المؤتمر الحادي عشر
للجمعية الطبية المصرية والمؤتمر العربي الثاني

حضرات الزملاء الافاضل :

بما انه ليس لدينا وسيلة علاجية ثابتة او بعبارة أصح مادة واحدة نستعملها في كل علاج لقتل جرثوم التدرن من غير ان نحدث في احيان كثيرة ضرراً في انسجة العضو التي يعيش فيها الجرثوم وجب علينا استعمال طرق عديدة تختلف باختلاف نوع المحل المصاب للتوصل الى قتل عصية كوخ . واذا قدر لنا هذا اي اذا اوقفنا الجرثوم عن عمله الفتاك من غير ان نحدث تغييرات مرضية في العضو المصاب فانما نكون قد فعلنا ذلك بطريقة معتنفة . ولما لم يكن هناك مادة معينة او طريقة ثابتة تمكننا في كل مرة من عرقلة اعمال الجرثوم فقد اصبحت الطرق التي نصل بها الى الشفاء متعددة ومختلفة حتى في الاصابات المتشابهة اذ ان ما يفيد استعماله في احدى الاصابات يزيد الضرر في اصابة اخرى وانه من العبث ان يقوم بالعلاج طبيب غير ملم بالاعراض السريرية او باستعمال الاشعة لان سير حوادث كهذه وهي في العلاج ـ كتقدمها نحو الشفاء او تأخرها من طريق اشتداد الاعراض ـ يتوقف على براعة الطبيب وادراكه للمرض وحكمه على كيفية علاجه .

اتكلم الآن عن العلاج بالمواد الطبيعية اي الأشعة المجهولة والأشعة المحدودة والراديوم والأشعة فوق البنفسجي وتحت الاحمر وسأتكلم بايجاز على بعض المواقف عن الترضيف (diathérmothérapie) وعن علاج ماركوني بالاشعة القصيرة وفوق القصيرة .

اولاً : الاشعة المجهولة والاشعة المحدودة والراديوم : اتكلم على هذه العوامل العلاجية الثلاثة دفعة واحدة لأن نتيجة العلاج بها متماثلة كطبيعتها ،بشرط ان يكون الراديوم محصوراً في انبوبة من البلاتين تمنع خروج اشعة الفا وبتا وتسمح بمرور اشعة غما المتموجة التي تشبه الاشعة المجهولة . نستعمل الراديوم في دائرة ضيقة تنحصر في سل الجلد والأغشية المخاطية . اما اشعة بوكى المحدودة فلها تأثير حيوي خاص بها فهي لا تخترق الأنسجة اختراقاً عميقاً بل تضمحل فيها بعد ان تخترق منها عمقاً غير غائص لا يزيد على المليمتر الواحد . اما الاشعة المجهولة فنعول عليها في اكثر الاحيان . ومع ان نتيجة العلاج بهذه العوامل العلاجية الطبيعية متماثلة فان تأثيرها يختلف في الجرثوم وفي انسجة البؤرة الدرنية وكذلك في مجموع اعضاء الجسم .

لا تموت عصية كوخ الا اذا تعدينا القياس العلاجي وهذا الامر يوقع ضرراً بالمريض ويعتقد البعض ان الاشعة تحرر خميرة دفاعية تذيب الجرثوم ويقول غيرهم ان التعرض للاشعة يقلل من سموم الجرثوم بينما يقول آخرون ان الاشعة تذيب غلاف العصية ويؤكد لنا باكايستر وكوبفرلى ان العصية تبقى حية في انسجة البؤر الدرنية بعد شفائها وكذلك في دم الذين يكونون قد عرضوا انفسهم للعلاج بالاشعة المجهولةوتدل كل الدلائل على شفائهم .

اما تأثير الاشعة في انسجة البؤر نفسها ففيه اختلاف . فمنهم من يقول انه يتوقف على شدة تأثير الاشعة في انسجة البوءرةالوسطى ومنهم من يقول انه يتوقف على التغيير الذي يحدث في انسجتها الداخلية ولكن الجميع متفقون على ان تعريض الانسجة للاشعة يقتل ما تحتويه البوءرة من اجسام بسيطة كالكريات البيض والخلايا اللنفاوية على الاخص . اما البوءر التي تكثر فيها الكريات الايبثيلويدية كبوءر السل الجلدي الحصري والحواصل العظمية الدرنية فلا توءثر فيها الاشعة . وفي معرض الكلام على تأثير الاشعة في مجموع اعضاء الجسم يمكننا القول ان التحسن يبدو في الدورة الدموية حيث نرى اشتداداً في قوى الجسم الدفاعية كظهور المناعة النسبية الخاصة وظهور الخلايا الآكلة والاجسام المضادة والابسونين . واما الاضطرابات التي تحدث في الجهاز العصبي مصحوبة بألمفانها تحسن ويزول الالم بعد العلاج بالاشعة

يمكننا تحسين حالة المريض بطريقة غير مباشرة ولو عرضنا اجزاء سليمة للاشعة المجهولة .فلو عرضنا لهذه الاشعةالطحال اضمحلت واختفت الكريات البيض . وبالعكس لو عرضنا الكبد فان عددها يزداد. اما اذا عرضنا الجسم كله لجلسات اشعة قصيرة فاننا تنعش شبكة بطانة الغشاء المخاطي الجلدية . ولذلك نقول ان العلاج بالاشعة المجهولة يوءثر تأثيراً غير مباشر في العصية اذ انها توجد ارتكاساً في البوءرة وجوارها وربما في الجسم جميعه حتى لو لم نعرض لها منه الا جزءاً صغيراً. وبما ان النتيجة تختلف بالطبع باختلاف الافراد المصابين وانواع اصاباتهم لذلك نستعمل جميع الطرق الموافقة ولا نعتمد على طريقة واحدة للعلاج .

ثانياً : الاشعةفوق البنفسجي : اتـكلم هنا على العلاج بالاشعة فوق البنفسجي تاركاً موضوع العلاج بالاستحناذ – اي العلاج باشعة الشمس – الى وقت آخر . وعلى رغم اننا لا نصل بوسيلة العلاج البنفسجي الى النتائج الحاسمة التي نصل اليها احياناً بالاستحناذ ، يبقى النوع الاول اي البنفسجي كما رسمه لنا فنزن في السنة ١٩٠٠ باعتبار انه الطريقـة المثلى . فهو يؤدي لنا في جميع حالات سل الجلد اكبر مساعدة لتنشيط الحالة العامـة ضد العصية ورفع مستوى الـكلس في الجسم وهذا ما نرمي اليه دائمـاً في حالات السل . والاشعة فوق البنفسجي لها تأثيرها في العصية كالاشعة القصيرة وفي البؤر الدرنية وفي مجموع اعضاء الجسم . انما تأثيرها في العصية يتوقف على شرطين : الاول قرب الاشعة منه والثاني شفوف الموضع الذي يشتمل على الجرثوم . وهنا كثيراً ماتعترضنا صعوبتان : الاولى اختباء العصية في انعـكاسات الانسجة وجيوبها وامتصاص الافرازات لهذه الاشعة قبـل ان تصل الى العصية والثانية : عدم احتمال المريض الجلسات الشديدة التي نرى عندئذٍ ان نلجأ اليها بحـكم الاضطرار، اما في الاصابات العميقة فلا يسعنا الالتجاء الى العلاج الموضعي بل نعمد الى تسليط الاشعة على اعضاء المريض بجملتها وايجـاد ارتـكاس عمومي في جسمه .

ان اصابات الذئبة السطحية تعد المثل الأعلى للشفاء بعـلاج فنزن فان الاشعة فوق البنفسجي تحدث في انسجتها المعتلة التهاباً ونخراً فتتساقط هذه الانسجة وتحل محلها انسجة سليمة . فاصابة الذئبة تبقى احياناً حية تحت انسجتها السطحية حتى بعد شفائها . اما الاصابات العميقة فلو اردنا التأثير في انسجتها

السفلى عدنا الى تعريض الجزء المصاب او المريض كله او جزء سليم من المريض للاشعة مراراً . اما النسيج الحلوي فلا تؤثر فيه الاشعة .

يصعب علينا كثيراً تفسير شفاء اصابة عميقة بالارتكاس العمومي في الجسم بعد ان نكون قد عرضنا المريض - كله او جزءاً سليماً منه - للاشعة فوق البنفسجي وهنالك من يقول ان ذلك يتم بواسطة مادة مخصوصة تظهر عندئذ في الجسم وتؤثر في البؤر الدرنية. وقد تمكن بعض الاطباء من شفاء الذئبة بعد ان وضع غطاء اسود على الجزء المصاب وعرض ما بقي من الجسم لهذه الاشعة . فمن هنا يتبين لنا كيف ان الجلد يلعب دوراً كبيراً في نقل فائدة الاشعة الحيوية الى الجهاز العصبي والدم واعضاء الجسم الداخلية وكيف ان الكلس والفوسفور يتكاثران فجأة في الدم عندما يبدو الجلد محمراً بتأثير الاشعة . واذا انتقلت هنيهة من موضوع علاج فنزن اي العلاج بالاشعة فوق البنفسجي الى موضوع علاج روليه أي العلاج بالاستحناذ ، أقول حينئذ ان اصطباغ الجلد بالحمرة له أثره العظيم في حالات السل غير الرئوي المختلفة وعلى الاخص الجراحية منها فهو يوجد ويحرك القوى الكامنة في الجسم . وحمرة الجلد تحول الاشعة فوق البنفسجي التي لا تخترق الجلد الا قليلًا الى اشعة طويلة تؤثر في الاعضاء الداخلية .

ثالثاً : الاشعة تحت الاحمر او الحرارة المشعة : كل جسم يحترق احتراقاً شديداً يخرج من نفسه اشعة حرارة قوية تحتوي على اشعة تحت الاحمر وتعمل عملًا يختلف عن عمل الاشعة فوق البنفسجي اي انه على رغم امتصاص الدم والسائل المحيط بكريات الجسم والابرازات المرضية لقسم كبير منها فهي

تخترق الجسم بشدة اكثر . والاشعة تحت الاحمر تحدث تمدداً في الشرايين والاوردة السطحية والعميقة اي احتقاناً وتسبب ازدياد القوى الحيوية في الانسجة لامتصاص التغذية والافراز وظهور الاضداد والاجلوتينين وتشتيت شمل السموم . ونستعملها بكثرة كمساعد لعلاجات اخرى كالعلاج بالاشعة المجهولة في اصابات الذئبة مثلاً عند ما يصحب الاصابة التهاب وتورم فتسكن الالم وتساعد على اقفال الشقوق والمجاري في الانسجة المتلة . ونظراً لتأثيرها الحسن في الاغشية المصلية نستعملها في الالتهابات المفصلية . وهذه الحرارة المشعة الحمراء لا توقظ الا حساسية في الجسم اي انها لا تحدث ارتكاساً في جسم المريض لذلك نستعملها بكثرة في اثناء العلاج بالاشعة فوق البنفسجي والاشعة المجهولة او الراديوم لتحول دون ظهور القروح الجلدية او لتشفي ما يوجد منها . ويستحسن اذاً استعمال العلاجين في آن واحد.

اتكلم الآن على الطرق العلاجية :

اولاً: بالاشعة المجهولة : لا اتكلم هنا على طبيعة الاشعة او طريقة استنباطها او الآلة التي نعالج بها او طرق الترشيح او مقياس الكمية العلاجية ، بل اتكلم على بعض نقط لها علاقه بعلاج السل بهذه الاشعة واقسم العلاج الى ثلاثة انواع :

اولاً : تسليط الاشعة على البؤرة الدرنية. ثانياً :تسليطها على جزء آخر سليم بعيد عنها . ثالثاً : تسليطها على كل الجسم. وبما ان موضوع تسليط الاشعة على البؤرة هو الاهم وجب علينا الانتباه من جهة الى المساحات الجلدية المتلة ومواقعها المختلفة وعدد البؤر الموجودة فيها وطريقة توزيع الاشعة

فوق انسجتها . ومن جهة اخرى ينبغي لنا الانتباه لكمية الاشعة ولعدد الجلسات ومدة كل منها. وقد علمنا الاختبار ان علاج الاغشية المخاطية كالتي هي في داخل الأنف او ملتحمة العين لا يضطرنا الى تعليق اهمية كبرى على انتقاء المواقع لتسليط الأشعة على الجسم بينما ان تسليط الاشعة في علاج العظام والمفاصل هو بعكس ذلك . اي ان تصويب الاشعة نحو المحل المطلوب شفاؤه على جانب عظيم من الاهمية . وانما بالاجمال يبقى امر توزيع كمية الاشعة المجهولة بطريقة دقيقة على المواقع التي نريد شفاءها قليل الاهمية في علاج اصابات السل غير الرئوي. ونستعمل طرقاً خاصة لعلاج الاعضاء الباطنية العميقة . وهذه الطرق تختلف باختلاف عمقها وفي علاج الرقبة والمفاصل وغيرها تختلف باختلاف شكلها وتكوين مساحتها . اما الجلسات وتكرارها فلا نشدد فيها او نكثر منها كما نفعل في علاج الاورام الخبيثة بل نعرض لها المريض بجلسات خفيفة ومتفرقة . وليس هناك قاعدة عمومية نطبقها على جميع الاصابات بل على الطبيب ان يتلمس طريقه وهو يعالج المريض وخير للطبيب ان لا يعالج بشدة .

استعمل الاستاذ مانوكين طريقة العلاج بتسليط الاشعة على الطحال وحصل فيما عدا السل السحائي على فائدة في جميع الانواع الاخرى حتى في السل الرئوي وهو يقول : « بما ان اصابات السل المزمنة والحديثة غالباً ما يكون لها علاقة بانحلال كريات الدم البيض فتسليطنا الاشعة على الطحال يسبب هذا الانحلال ويستعجل الشفاء والافضل ان نستعمل لذلك اشعة مرشحة ومعتدلة الشدة . ولا نزيد الجلسات على خمس عشرة جلسة، مرة في

الاسبوع . ثم نعود الى العلاج بعد ان نريح المريض عدة اسابيع . واذا لم نحصل على فائدة من هذا العلاج فلا نكون ألحقنا ضرراً بالمريض .

اما تسليط الاشعة على كل الجسم في علاج السل الرئوي وغير الرئوي فقد حبذه الكثيرون منذ السنة ١٩٢٥ . قال ماراغليانو «ان الاشعة المجهولة تعمل عملًا لا تقدر عليه اشعة الشمس او الاشعة فوق البنفسجي وعلى الاخص في علاج الجلد لان الاشعة البنفسجية تقف عند الطبقة الاولى من الجلد والاشعة الحمر وتحت الاحمر تخترق الجلد بشدة اكثر . اما الاشعة المجهولة فتدخل أعمق طبقات الجلد وما تحت الجلد وتصل الى الاعضاء العميقة وتفعل فعلًا مفيداً فتقي الجسم امراض معدية عديدة » وكما يقول ايضاً : « نحصل بتسليطنا الاشعة المجهولة على الجلد على نتائج حسنة عديدة في مقاومة المرض وشفائه ويستحسن استعمال الاشعة اللينة ليمتصها الجلد وكذلك يحسن بنا تقصير الجلسات لنتمكن من اعادة العلاج . ونسلط الاشعة عادة على احد المواضع الآتية : الصدر والبطن — الظهر والسلسلة الفقرية — الجهة الامامية من الطرفين السفليين -- الجهة الخلفية منهما . » ولا نسلطها على الاعضاء التناسلية السليمة سواء أكان المريض ذكراً أو انثى وبالطبع تختلف المسافة والشدة والمدة .

لقد استعمل بعض الاطباء هذا العلاج لمكافحة السل الرئوي في المريض ويقول آخرون انهم حصلوا على نتائج حسنة ولكن لا يمكنهم ان يؤكدوا لنا أكان التحسين الذي وصلوا اليه نتيجة استعمال هـذه الاشعة او نتيجة علاجات اخرى ويحبذ البعض الآن العلاج بالاشعة المجهولة بدلاً من اشعة

النور الكيمياوي في جميع حالات السل التي تستدعي تسليط اشعة النور على جسم المريض .

ثانياً : الطرق العلاجية بالاشعة فوق البنفسجي تتوقف الجلسات التي نعرّض المريض لها على نوع الجهاز الذي نستعمله وبعده عن الجلد ومدة العلاج ومقدرة الطبيب . ففي الجلسات القصيرة التي نلجأ اليها لتقوية جسم المريض باستعمال فانوس ثاني اوكسيد السليكون المبلور (quartz lamp) بقوة ٨٠٠ فولت و ٤ اميرات يمكننا تعريض المريض لهذه الاشعة كل يومين مرة حيث نبدأ بمسافة ٩٠ سنتيمتراً وننتهي بـ ٦٠ ونبدأ بدقيقتين على الظهر وعلى البطن ونطيل الجلسة الواحدة دقيقتين الى ان نصل في سادس جلسة الى عشر دقائق على كل جهة وفي الجلسة العاشرة نصل الى مسافة ستين سنتمتراً ونعرض المريض على هذا المنوال بعد ذلك خمس مرات بحيث يكون المجموع خمس عشرة جلسة . ولا نغفل عن ملاحظة حالة المريض طول مدة العلاج وعلى الاخص اذا كان المريض كبيراً في السن او مصاباً بمرض الغدة الدرقية . وفي حوادث السل غير الرئوي المصحوبة بسل رئوي يجب الانتباه لحرارة المريض بحيث لا نعرضه لجلسات شديدة واذا استعملنا الفانوس القوسي (arc lamp) بدلاً من فانوس ثاني اوكسيد السليكون المبلور امكننا تقريب المسافة ٦٠ سنتيمتراً في بادىء العلاج وتقصيرها الى ٤٠ سنتيمتراً في آخره لان الفانوس القوسي اقل تأثيراً في الجلد من فانوس السليكون المبلور .

ثالثاً : الطرق العلاجية بالحرارة المشعة او الاشعة تحت الاحمر : اتكلم هنا على

علاج سطحي ينبغي ان لا يتعدى ربع مسطح الجسم كله . ويمكننا تعريض المريض لجلسات تختلف بين ساعة وساعة ونصف منذ البدء بالعلاج وتتوقف المسافة بين المريض والاشعة على شدة الحرارة التي يحس بها المريض . ولا يمكننا معالجة الاطفال بشدة كالبالغين ولا المرأة الشقراء كالمرأة السمراء الا اذا وضعنا دهناً او قماشاً شفافاً رطباً على الجلد او جعلنا الفانوس بعيداً . ويمكننا معالجة المريض يومياً او كل يومين مرة واحدة واستعمال الحرارة المشعة والاشعة فوق البنفسجي .

اما العلاج بالاشعة المختلفة كالاشعة المجهولة والاشعة فوق البنفسجي والحرارة المشعة بالتناوب علاجاً واحداً فهو خطة علاجية مشكورة اذ نتمكن من الوصول الى افضل الطرائق وانجعها حتى في الحالات التي يكون قد تعذر علينا شفاؤها بطريقة علاجية واحدة فضلاً عن ان الجلسات تصبح قصيرة

ومن الاطباء من زاد على هذه العلاجات الثلاثة اشعة الشمس في الهواء الطلق وفي بعض الحالات المرضية كالذئبة مثلاً استعملنا طرقاً جراحية كالاستئصال او الكحت او الترضيف قبل تعريض المريض لها ، ونستعمل الادرينالين لمنع الدورة الدموية من الهبوط تحت تأثير الاشعة ونعطي المريض اليود والكلس بالفم او بالحقن . وندخل في جسمه الذهب والفضة حتى النحاس ايضاً بدلاً من الزئبق وذلك بالتشريد (ionisation) لنحدث فيه ارتكاساً وحساسية وقد ساعدت هذه المعادن كثيرين من الاطباء على شفاء حوادث عديدة من مرض الذئبة وتورم غدد العنق والابط وسل الحنجرة والمفاصل والصفاق (البريطون) والبربخ والملتحمة . اما في سل المثانة فاننا

ندخل فيها محلول الفضة المسمى (كولارغول) قبل ان نسلط التيار الكهربي الغلفاني عليها .

وقبل ان اقفل هذا الباب من محاضرتي اليوم اود ان اقول ان علاج السل وخصوصاً غير الرئوي بالمواد الطبيعية التي ذكرتها هو فرع قائم بذاته يتطلب عدداً ومعرفة واختباراً وعلى الاطباء العموميين غير المتمرنين ان لا يقدموا عليه بل ان يتركوه للاطباء في المعاهد المتخصصة بذلك. فان شفاء المريض واحياناً حياته او موته يتوقف على ادراك الطبيب لما يجب اتباعه من الطرق العلاجية المفيدة . ولما كان لكل نوع من اصابات السل علاج مخصوص به فاري ان اتكلم فيما يلي على الاصابات التي تختلف باختلاف مواضعها وشكلها التشريحي والسريري وعلى طرق علاجها المختلفة مشيراً الى بعض النتائج التي نصل اليها .

(١) — سل اللسان : سل اللسان اصابة غير اولية بل متفرعة من اصابة رئوية عاملة لذلك يحتم علينا معالجة الرئه اي السبب الاصلي مع معالجة اصابة اللسان الموضعية والاصابة تشمل رأس اللسان وطرفيه وا كنته وهذه كلها نعالجها بالاشعة القصيرة بحيث تكون معتدلة الشدة ومرتشحة قليلاً .

(٢) — سل الحنجرة: هذه الاصابة لا تقل خطورة واهمية عن اي نوع من الاصابات الاخرى في الحنجرة ذلك لعلاقة هذه الاصابة بالسل الرئوي ونظراً الى الالم الذي تسببه للمريض عند الازدراد . والخطر من انتشار المرض — وهو الخطر الذي يتعرض له المريض بعد العلاج الجراحي كالكحت او الكي بالميسم او خزع الرغامى — يحملنا على العلاج بالاشعة

المجهولة والنور الكيمياوي مع ملاحظة حالة الرئتين في كل وقت . اما العلاج بالراديوم فلا يؤدي في سل الحنجرة الى فائدة كبيرة .

٣ — الورم اللنفاوي العنقي : من المعلوم ان الاشعة المجهولة هي العلاج الحقيقي للاورام اللنفاوية في العنق وان الالتجاء الى العلاج بالاشعة فوق البنفسجي في الحالات الجراحية يساعد كثيراً على الشفاء. فيجب علينا اولاً ان نحقق نوع هذه الاورام والاّ نعدها اوراماً خبيثة تستدعي علاجاً يختلف عنها كثيراً كسرطان الغدد اللنفاوية التي نخلط بينها وبين التهابات ناشئة عن مرض في اللوزتين او عن تورم في مجاري التنفس العليا .

وتورم الغدد اللنفاوية خمسة انواع :

اولاً : الشكل اللنفاوي المحبب : وهو لين ويشفى سريعاً . بعد العلاج بالاشعة المجهولة .

ثانياً : الشكل اللنفاوي المحبب الندبي : ويتطور من الشكل المحبب وهو صلب شديد قاسٍ ولا يذوب كله بعد العلاج بالاشعة بل يترك كتلاً صغيرة مبعثرة لا تسبب الماً .

ثالثاً : الشكل اللنفاوي الندبي: الذي لا يشفى بعد العلاج بالاشعة ،

رابعاً : الشكل اللنفاوي الصديدي المتجبن : ويصحبه في الغالب ناسور ويشفى ببطء .

خامساً : الشكل اللنفاوي الندبي الصديدي المتجبن : الذي يصعب جداً تمييزه عن الشكل اللنفاوي الندبي ولا يشفيه العلاج بالاشعة المجهولة بسهولة لذلك نضطر غالباً الى تغيير طريقة العلاج . وفي الحالات الندبية او التي

يصحبها ناسور نبدأ بالاستئصال او الكحت ثم ننتهي بالاشعة المجهولة والبنفسجية والحمر . اما الحالات التي لا تشفى باي نوع من الاشعة فنستعمل الراديوم لمعالجتها ويجب ان نعالج مصدر المرض في تلك الحالات التي تتفرع منها الاصابة وان نكثر من تغذية المريض وان لا نضع ملحاً في طعامه وان نصف له الراحة والحقن بالذهب والادوية المناسبة .

(٤) — ورم غدد الرغامى والغدد الرغامية القصبية : توصل البعض الى نتائج حسنة بتعريض المريض مرتين في الاسبوع للاشعة المجهولة مقترنة بالاشعة فوق البنفسجي ثم التوقف عن ذلك مدة اربعة اسابيع بعد الجلسة الرابعة .

٥ — التورم اللنفاوي الماساريقي الدرني : نعالجه بالاشعة المجهولة على البطن وعلى الظهر ايضاً . ونفعل ذلك اربع مرات او خمسا في مدة لا تجاوز عشرين يوماً . ثم نعود الى العلاج بعد اربعة اسابيع او ستة او ثمانية ونقرن هذا العلاج باشعة النور الكيمياوي بتسليطها على جسم المريض جميعه او على جزء منه .

٦ — اما الالتهاب الصفاقي الدرني فاصابة نتمكن من شفائها اكثر من غيرها بالاشعة المجهولة بشرط ان لا يتولى معالجة المريض طبيب غير اختصاصي والالتهاب الصفاقي يكون احياناً متفرعاً من اصابة اخرى قريبة او بعيدة في الجسم ويتوقف على شفاء الاصابة الاولى الشفاء النهائي في الصفاق . ولا نستغرب اذا ما تعذر على الطبيب الوصول الى تشخيص المرض قبل فتح بطن المريض اعتقاداً منه ان في الزائدة الدودية اعتلالاً . فلو عمدنا الى فتح بطن مريض مصاب بالاستسقاء بدلاً من بزل السائل ثم عالجناه بالاشعة المجهولة والنور الكيمياوي او عالجنا بهذه الاشعة من يكون مصاباً بالتصاقات

ندية بغير استسقاء لأسدينا للاثنين خدمة جليلة ودفعنا بهما الى اقصى ما يستطيع هذا الفن ان يعطينا من افضل النتائج وانجعها. ويحبذ « دوفستل » استعمال الاشعة فوق البنفسجي دائماً في اثناء العمليات على الصفاق الدرني ويفضل اجراء هذه العمليات في الايام المشمسة. ويجب في الحالات المصحوبة بفقر دم شديد الاّ نغفل عن استعمال اشعة النور الكيمياوي فهي تساعدنا كثيراً على شفاء المريض. اما طريقة علاج المريض الفنية بالاشعة المجهولة فتختلف كثيراً باختلاف الحالات. فمنهم من يحبذ علاج اجزاء محدودة وايجاد ارتكاس في جسم المريض بدلاً من تسليط الاشعة عليه كله والتأثير في كل الاعضاء الباطنة . اما النور الكيمياوي فنبدأ بتسليطه على الجسم جميعه بالفانوس القوسي او بثاني او كسيد السليكون المبلور مستعملين الواحد بعد الآخر فنجري للمريض من اثنتي عشرة جلسة الى خمس عشرة جلسة ثلاث مرات في الاسبوع . اما الاشعة تحت الاحمر فيمكننا تعريض المريض لها مدة ساعة او ساعة ونصف ساعة بالتناوب مع الاشعة فوق البنفسجي، واحمرار الجلد هو الذي يدلنا على تأثير العلاج في المريض .

ان العلاج الكهربي بالمواد الطبيعية المذكورة ينشأ عنه امتصاص السائل في البطن وذوبان اكوام الانسجة المريضة المتراكمة وشفاء الناسور الدرني حتى اذا كان هذا الناسور متصلاً بالامعاء . اذن لا نلتجيء الى العمليات الجراحية الا اذا كانت الالتصاقات قد ضيقت الامعاء ، وعلى العموم تحسن صحة المريض وتعود اليه الشهية ويزيد وزنه وتتراخى الامعاء ويزول الامساك

واذا سئلنا عن شفاء المريض وصحته في المستقبل فيجب الاّ نسرع باعطاء

الجواب وان لا نؤكد شيئاً قبل مرور سته اشهر على العلاج اذ ان الداء قد يعود الى الظهور في السنين الاولاوين. وفي كل الاحوال يتوقف مستقبل المريض على حالة الرئتين وخلوهما من التدرن .

(٧) اما سل الامعاء فيقسم الى ثلاثـة اقسام ١ - اللفائفي الاعوري ٢ - المتبعثر ٣ - المستقيمي الشرجي . ففي النوع الاول نلجأ عادة الى عملية فتح البطن قبل ان نعرض المريض للاشعة . وفي المتبعثر نحصل على نتائج لا بأس بها اذا كانت الاعراض الرئوية غيرشديدة وفي المستقيمي الشرجي نصل الى اقفال الناسور بشرط ان لا يكون العظم المجاور معتلاً ، وفي كل هذه الحالات نقرن الاشعة المجهولة باشعة النور الكيمياوي وبذلك نحصل على احسن النتائج الممكنة .

(٨) سل الـكلى : علاجه الاساسي الجراحة والثانوي المواد الطبيعية . اما في الاحوال التي تستدعي استئصال الـكلى فيمكننا تجربـة العلاج بالاشعة المجهولة اولاً ولكن حذار من ضياع الوقت بالعلاج بالاشعة باعتبار انها الطريقة المثلى لشفاء المريض .

نعالج بالاشعة اصابات الـكليتين وما يتفرع منها وبعد استئصال الـكلية المريضة كظهور الناسور مثلاً فيها اما في التهابات الـكلى الصديديـة أو المصحوبة باعراض رئوية شديدة فيجب ان نمتنع عن استعمال الاشعة المجهولة ونعالج الاصابات العميقة بالاشعة الشديدة والسطحية بالاشعة اللينة وذلك على الظهر او على البطن وربما على الجنب ونشفع الاشعة المجهولة بالنور الـكيمياوي كما نفعل في الحالات الاخرى . ولكن نتائج هذا العلاج تبقى

على رغم التحسين الذي يحدثه في المريض مبهمة وغير مضمونة .

(٩) سل الـكظر (غدة ما فوق الـكلى) : ان استعمال الاشعة المجهولة اعطى بعض الاطباء نتيجة لا بأس بها في علاج مرض اديسون في حين ان النتيجة جاءت على يد البعض الآخر سلبية وادت الى موت المريض بعد العلاج .

وقد ادي بنا البحث الى الاستنتاج الآتي :

وهو انه في السل والاورام الخبيثة لا بأس باستعمال الاشعة المجهولة اما في ضمور الكظر الذي يسبب مرض اديسون فالعلاج بهذه الاشعة يكون احياناً مميتاً .

١٠ — سل المثانة : هنا نحصل على نتائج حسنة وعلى الاخص في الاصابات المتفرعة من الـكلى اذا كان قد ادى العلاج الى استئصالها . ونعالج المريض فوق العانة بعد ان نملأ المثانة بالكولوغول ونرفق هذا العلاج باشعة النور الكيمياوي ذات الموجات القصيرة .

١١ ـ سل الاعضاء التناسلية الانثوية : في هذا النوع من السل تبلغ اصابات بوق فلوب ٨٥ ./· واصابات الرحم ١١ ./· واصابات بوق فلوب والرحم معاً من ٥٠ ـ ٧٠ ./· من مجموع الاصابات . ويصعب جداً تشخيص هذه الحالات ويجب ان لا يقدم عليه الا الطبيب الاختصاصي .

نبدأ العلاج بالاشعة المجهولة واذا كانت الرحم مصابة نقرن الاشعة بالراديوم وذلك بالمناوبة مع اشعة النور الكيمياوي. واحياناً نلجأ الى الجراحة وعلى الاخص في الحالات التي يصحبها تجمع مادة صديدية في رتج دوغلاس ولا نمتنع عادة عن علاج الحالات التي فيها حمى لان الحرارة تهبط بعد

العلاج بالاشعة . ويجب ان لا نهتم بما تحدثه الاشعة المجهولة من تعقيم الاعضاء التناسلية اذ ان هذا التعقيم يكون قد سببه المرض قبل الاشعة .

سل الاعضاء التناسلية في الذكر يختلف الاختصاصيون على طريقة علاج البربخ فنهم من يحبذ استئصاله . ثم تعريض الخصية والحبل المنوي للاشعة . ومنهم من يعمد الى العلاج بالاشعة فقط وعلى الاخص في اصابات الجهتين والموثة اي البروستاتة . وفي هذه الاصابة نقرن العلاج بالاشعة المجهولة باشعة القوس الفحمية وثاني اوكسيد السليكون المبلور واحياناً بالاشعة ذات الموجات القصيرة

١٣ — سل المفاصل: باب على جانب عظيم من الخطورة . يلعب دوراً في التجبير ويتعلق بالعلاج بالمواد الطبيعية على العموم وعلى الاخص بالاشعة المجهولة .

والاصابات التي يفضل علاجها بالاشعة المجهولة هي الشوك المنفوخ (spina ventosa) وسل المفاصل الاسفنجية والتهابات الاغشية الزلالية فلا خير يرجى من علاجها بهذه الاشعة . ومع ذلك يجب ان لا نترك ما يظهر لنا صعب الشفاء منها كالمصحوبة بناسور مثلاً ويجب التروي في حكمنا على طريقة العلاج واحياناً نشفع الاشعة بالجراحة لتقصير مدة العلاج اذا رأينا ذلك ملائماً .

ان اصابات سل العظم المنتشر والحويصلي (cystiforme) والاصابات الجديدة التي تميل الى التجبن لا نعالجها بالاشعة المجهولة لان تعريضها للاشعة يحدث فيها تلفاً يضطرنا احياناً الى بتر العضو المصاب . ومما يجدر بالذكر في هذا المقام ان عمر المريض له شأنه في نتيجة العلاج بالاشعة . فحديثو السن

يتقدمون بسرعة نحو الشفاء . وفي معالجتهم يحسن بنا على الخصوص استعمال الفانوس القوسي او ثاني اوكسيد السليكون المبلور لان هذه الاشعة اذا استعملت بالتناوب مع الاشعة المجهولة او اشعة الشمس تنهض بصحتهم وتساعد على تثبيت الكلس في اجسامهم. اما الاشعة تحت الاحمر فنستعملها في التهابات العظام البسيطة . ومع ان الترضيف لم يعطنا اية نتيجة حسنة نجد ان علاج ماركوني ذا الموجات القصيرة يأتي بفائدة كبيرة . وهنا لا بد لنا من ان نوجه الانظار الى هذا الامر وهو ان العلاج باشعة الشمس وعلى الاخص على شواطئ البحار انجع من العلاج بالاشعة الكيمياوية الاصطناعية التي نلجأ اليها غالباً لاسباب عملية واقتصادية ولسهولة استعمالها في كل وقت وفي كل محل .

سل الجلد : يمكننا ان نعالج بنجاح بالاشعة المجهولة اي نوع من سل الجلد وقد اسست بعض البلدان الاوربية معاهد لذلك على مثال ما اسس منها لعلاج السل الرئوي والسرطان . ومن الخطإ ان يقوم بعلاج سل الجلد بالاشعة اطباء غير اختصاصيين لان الطبيب اذا لم يكن ملماً بهذا الفن إلماماً تاماً يعرض المريض لاشتداد وطأة المرض عليه وزيادة التشويه . والافضل ان يشترك في هذا العلاج اختصاصي الامراض الجلدية واختصاصي بالاشعة ان علاج مرض الذئبة باشعة النور الكيمياوي طريقة قديمة يحبذها الكثيرون اما اليوم فمن الاطباء من يعالج هذا المرض بالاشعة المجهولة مع اشعة النور واحياناً بالكي بالميسم الكهربي وهو مفضل في نظر بعضهم على القطع او الكحت. يستعمل البعض الآخر الاشعة المحدودة . ولكن هناك اجماعاً

على ان علاج مرض الذئبة لا يتوقف على الاهتمام بالمحل المعتل وحده بل على معالجة المريض معالجة شاملة وتغذيته بطعام يخلو من الملح . ونستثني من العلاج بالمواد الطبيعية اصابات الذئبة الحادة وتحت الحادة والمنتشرة في السل الجلدي المحمر . وفي الاصابات الموضعية الصغيرة نقطع الانسجة المعتلة ونخيط الجلد ثم نسلط على الموضع المصاب الاشعة المجهولة والنور الـكيمياوي ونفضل هذه الطريقة على الـكي بالميسم الكهربي . وفي بعض هذه الحالات نستعمل المشرط الرضفي او الحرارة النافذة بدلاً من الاشعة المحدودة . وفي الاصابات التي تتراكم او تمتد فيها القروح نستعمل الـكي قبل الاشعة المجهولة والنور الـكيمياوي . اما في علاج الفوهات والمجاري ففي امـكاننا استعمال الـكحت قبل الاشعة المجهولة وربما استعملنا الراديوم في علاج الاغشية المخاطية على الاخص . اما الاشعة المحدودة فلو استعملت بشدة كافية وكانت مقرونة بالاشعة تحت الاحمر فانها تقصر مدة العلاج وتستعجل الشفاء .

على الطبيب ان لا يكثر من العلاجات المختلفة وان لا يشدد الجلسات اذ ربما سبب ذلك التهاباً وقروحاً وعلى الاخص في اصابات الرقبة وبجوار العظام والغضاريف والفوهات . وهذا العلاج الذي بسطته في مـا تقدم لا نطبقه على كل انواع اصابات الذئبة حتى السرطانية منها بل على لحميـة بوكشه والطفح الوردي المتصلب لبازان .

١٥ ـ <u>السل السحائي</u> : كان اول من استعمل الاشعة المجهولة لعلاج السل السحائي الاستاذ فينر ولـكن تجاربه لم تسفر عن اية نتيجة ثم تبعه الاستاذ بوكاي فذكر لنا في السنة ١٩٣٢ خمسة حوادث عالجهـا بالاشعة

وقال انهـا انتهت بالشفاء . وانبرى الكثيرون اذ ذاك واستعملوا طرق بوكاي ولكنهم كذبوا قوله ولم يوافق عليه احد منهم . بل على العكس قال الكثيرون ان علاج السل السحائي بتسليط الاشعة المجهولة على الدماغ او على النخاع المستطيل لا يأتي بالنتائج الحسنة فقط بل يعجل موت المريض . لذلك نعلل شفاء الحوادث كما ذكرها بوكاي بان الاصابات كانت من نوع السل السحائي المحصور الذي يشفى عفواً من تلقاء نفسه . ونحن نعرف على قول بعضهم عن بعض الحوادث المصحوبة بالاستسقاء الدماغي ان كمية السائل اصبحت قليلة بعد العلاج بالاشعة وانما هذا التحسن لا يعني الشفاء . انما الاختبار دلنا على انه اذا استؤصلت بؤرة درنية من الدماغ يمكننا بعد العملية الجراحية استعمال الاشعة المجهولة .

١٦ ـ سل العين وملحقاتها : باب على جانب عظيم من الاهميـة لشدة احساس انسجة العين والدور الذي تلعبه في حياة الفرد . وكما قلت في سل الجلد عن تعاون الاختصاصيين اقول ايضاً هنا ان تعاون الاختصاصي بامراض العين والاختصاصي بالاشعة امر ضروري جداً لترتيب العـلاج والوصول بالمريض الى الشفاء اذ لو استعملنا الراديوم او الاشعة خطأ او بشدة لسببنا تجعداً في الملتحمة واضطراباً في القرنية واظلام العدسة والسعيقة (غلوكوما) اما اشعة الطيف الشمسي وما بجوارها كالاشعة تحت الاحمر مثلاً فلو استعملت بطريقة خاطئة لسببت اظلام العدسة وقروحاً في الشبكية والمشيمية والاشعة فوق البنفسجي تهيج الجزء الامامي من العين فباختـلاف الاشعة تختلف النتيجة وهذا ما يساعدنا على انتقاء انواع الاشعة لمعالجة مختلف اصابات العين.

واذا قارنا بين الاشعة المجهولة والراديوم نردد ما قاله هوفمان بعـد اختبار طويل وهو ان اشعة غما هي وحدها تصلح للعلاج بعد ترشيحها وتصفيتها بدقة . والاشعة المجهولة تسبب اشتداد المرض قبل الحصول على التحسن أو الشفاء . اما الراديوم فلا يثير اعراض المرض وبالمعالجة به يقترب المريض من الشفاء ببطء اكثر . نفضل الراديوم وتأثيره البطيء في الاصابات المصحوبة بارتشاح اما الاشعة المجهولة مع اطلاق شوارد (يونات) الفضة أو النحاس فنفضلها في الاصابات المنبتة او الندبية . وفي كل علاج يجب ان نلاحظ تأثير الراديوم أو الاشعة والحذر من احداث قروح في الانسجة . اما في التهاب الجزء الحجاجي للعصب البصري فيمكننا تشديد العلاج لعمق مركز الاصابة مع علاج الصدغين وتصويب الاشعة الى جسم العظم السفيني حيث يلتقي تجويف المينين وهنا تتفوق الاشعة والراديوم على الجراحة في علاج الكيس الدمعي الدرني فبمعالجته بهما يشفى ويحتفظ بوظيفته وهذا مـا تعجز دونه الجراحة. في التهابات القزحية المنبتة نفضل الاشعة المجهولة والراديوم امـا في الخنازيرية فتعطينا اشعة النور الكيمياوي فائدة اكثر . اما الذئبة في الملتحمة والتهابات الملتحمة الدرنية على العموم فنعالجها بالاشعة فوق البنفسجي والاشعة المجهولة مع اطلاق شوارد الفضة أو النحاس .

يتضح اذن مما بسطناه في ما تقدم عظم أهمية العلاج بالمواد الطبيعية ولا سيما الاشعة المجهولة واشعة النور الكيمياوي والراديوم. وما لذلك من الشأن في اصابات السل غير الرئوي وقد أثبتت التجارب شفاء حوادث عديـدة كالاورام اللنفاوية وسل الصفاق والذئبة وغيرها وتقدم كثير من الاصابات

الاخرى نحو الشفاء. كاصابات سل المثانة وسل الاعضاء التناسلية في الانثى والذكر وسل العين وملحقاتها. وهـذا العلاج يسهل لنا شفاء سل العظم المفصلي وعلى الاخص سل المفاصل الصغيرة. وبه نجد عوناً كبيراً لنا في علاج سل الكلى. اما سل الاعصاب وعلى الاخص النوع السحائي فلا تأثير لهذا النوع من العلاج فيه.

وفي الختام يجوز لي القول انه يجب ان لا نتوقع من هذا النوع من العلاج اكثر مما يسعه ان يعطينا من نتائج حسنة ومع اننا لا نستطيع في كل وقت ان نكفل شفاء المريض التام يجب علينا ان لا نهمل مطلقاً علاج السل غير الرئوي بالمواد الطبيعية التي ذكرتها. واذا لم نفعل نكون مقصرين بالواجب نحو المريض نفسه ونحو الهيئة الاجتماعية التي فرضت علينا النهوض بهذا الواجب على خير الوجوه التي تتطلبها مهمة الطب الشريفة التي انما وجدت لخدمة الانسانية والسمو بها الى المنزلة التي تتفق مع مرامي الحضارة

❀❀❀

الشباب والإشباب

ـ ٩ ـ

للعليم شوكة موفق الشطي

الشرب

الاشربـة : يصرف الانسان يومياً في سبله المختلفة مقداراً من الماء لا يقل عن ليترين ونصف الليتر ولا يمكن تلافي هذا المقدار الا بتناول الاشربة على اختلاف انواعها وافضلها الماء فانه غذاء لا يمكن الاستغناء عنه .

يختلف تقدير حاجة الشخص من الماء بحسب طراز الحياة ونوع المعيشة وليتر وربع هو حد وسط على ان ينقص منها ما يتناوله من سوائل لان كثرة تناول الماء لا تخلو من اضرار . نهى القرآن الكريم عن الاسراف في الطعام والشراب وقاية من الامراض وكان من هدي النبي في الشرب دعوته الى مص الماء مصاً فقد جاء في الحديث الشريف (اذا شرب احدكم فليمص الماء مصا) وفي صحيح مسلم ان النبي صلى الله عليه وسلم كان يتنفس في الشرب ثلاثا ويقول (انه اروى وامرأ وابرأ) ومعنى تنفسه في الشراب ابانة القدح عن فيه وتنفسه خارجه ثم يعود الى الشراب كما جاء مصرحاً به في الحديث الآخر (اذا شرب احدكم فلا يتنفس في القدح ولكن لين الإناء عن فيه) وفي هذا الشرب حكم جمة وفوائد مهمة وقد نبه صلى الله عليه وسلم على

منافعها بقوله انه اروى وامرأ وابرأ فاروى اشدريا وابلغه وانفعه وابرأ أفعل بردا من شدة العطش لتردده على المعدة دفعات فتسكن الدفعة الثانية ماعجزت الاولى عن تسكينه والثالثة ما عجزت الثانية عنه وايضاً فانه اسلم لحرارة المعدة وابقى عليها من ان يهجم عليها البارد وهلة واحدة ونهلة واحدة وايضاً فانه لا يروى لمصادفته لحرارة العطش لحظة ثم يقلع عنها ولما تكسر سورتها وحدتها وان انكسرت لم تبطل بالكلية بخلاف كسرها على التمهل والتدريج وايضاً فانه اسلم عاقبة وآمن غائلة من تناول جميع ما يروي دفعة واحدة وقوله وامرأ هو أفعل من مري الطعام والشراب في بدنه اذ ادخله وخالطه بسهولة ولذة ونفع

وقد روى الترمذي في جامعه عن النبي صلى الله عليه وسلم (لا تشربوا نفساً واحداً كشرب البعير ولكن اشربوا مثنى وثلاث)

ومن هديه ايضاً الشرب قاعداً . وفي جميع ذلك من الفوائد الطبية ما لا يشك فيه طبيب فان الشرب على دفعات وفي وضعة القعود التي تكون فيها المعدة مضغوطة بعضلات البطن ما يساعد الانسان على التوقي من الوقوع في شرور مرض التمدد وبلع الهواء الذي يرتفع فيه الحاجب فيضغط اعضاء الصدر المختلفة ويولد فيها اضطرابات متنوعة منها تشوش نظم القلب واضطراب الاستدماء اي اصلاح الدم الفاسد بتحويله الى دم صالح . ويؤدي تمدد المعدة هذا بالماء والهواء الى الضغط على احشاء البطن فيضطرب عملها وينتج من ذلك وعكة وانزعاج .

ذم الامتلاء والافراط في التغذية

«يا ايها الذين آمنوا لا تحرموا طيبات ما احل الله لكم ولا تعتدوا ان الله لا يحب المعتدين وكلوا مما رزقكم الله حلالاً طيباً واتقوا الله الذي انتم به مؤمنون» آية كريمة في المائدة
(ان ابغض الناس الى الله المتخمون الملأى) حديث شريف
(ما ملأ ابن آدم وعاء شراً من بطنه) حديث شريف
(اصل كل داء البردة) حديث شريف

ترشد الآية الكريمة الى عدم حرمان النفس مما احل الله من الطيبات تنسكاً وتقرباً اليه تعالى والى عدم الاعتداء فيها بتجاوز حد الاعتدال الضار بالجسد كالزيادة على الشبع والري والى ذلك ايضاً تشير الاحاديث الشريفة.

عرف منذ القدم ان الاكثار في تناول الاشربة ولا سيما اثناء الطعام، الا لحاجة يساعد على توسع المعدة ويخفف حموضتها فيبطيء عملها وان الاسراف في الاكل يفسد الدم ويؤذي الانبوب الهضمي ويولد اضطرابات فيه وان تشوشات الانبوب المذكور تدعو الى اضطراب الجهاز الدوراني والتنفسي وان اضطراب هذه الاجهزة الثلاثة (الهضمي والدوراني والتنفسي) بعضها او كلها يولد اضطراباً في الجهاز العصبي والحسي وهكذا فان اعضاء الانسان تبدو كحلقة متواصلة لا يعرف بدؤها من اخرها فاذا اوذي احدها اضطرب له الثاني والثالث حتى يعم الاضطراب الجسم كله .

ان الانبوب الهضمي عرضة للاضطراب اكثر من غيره بسبب ما يرد اليه من طعام وشراب وما يمتصه من مواد تنتشر في الجسم فتفيده وتغذيه ان

كانت كميتها معتدلة وتضره وتؤذيه ان كانت كميتها زائدة فتولد فيه امراضاً عديدة اهمها ما يعرف بالحرض والى ذلك يشير قول طبيب العرب الحارث بن كلدة (البطنة اصل الداء والحمية اصل كل دواء)

لقد بينا ان الانسان يأخذ من الغذاء في الغالب فوق حاجته ويفضي ذلك اولاً فيه الى احد امور ثلاثة وهي :

١ — احتراق الاغذية وزوالها .

٢ — انفراغها بالاعضاء الطاردة والمفرغة .

٣ — تراكمها بشكل شحوم في اعضاء الجسم وتنواؤه بها .

وفي الاحوال الثلاثة المارة الذكر تكليف للجسم بعمل لا طائل تحته وارهاق لاعضائه دون جدوى .

تضطر الاعضاء في اللحمين (*) الى مضاعفة نشاطها فيكثر توارد الدم اليها فتحتقن ويؤثر الاحتقان في الاعصاب المرتبطة بتلك الاعضاء فتضطرب وبما ان اللحم يدخل في كثير من الاطعمة ويتنوع طبخه ويمزج بتوابل عديدة فان كثرة تناوله تصطحب بافراط في تناول التوابل ويؤدي ذلك الى تنبه الانبوب الهضمي وكثرة افراز المخاط من غشائه الباطني وتحدث اخيراً التهاب معوي خاص يعرف بالتهاب امعاء اللحمين المخاطي. وينتج من اضطرار الاعضاء الى مضاعفة عملها اضطراب توازنها فتزيد الانقاض وتضطر الكلية الى افراغها علاوة على عملها فتنوء بحملها . هذا في بادىء الامر على انه اذا استمر ذلك ادى الى عسر قيام الاعضاء بعملها فقصورها ونتج منه امراض

(*) اللحم : الاكول اللحم . القرم اليه

سوء الاغتذاء المعروفة بالحرض.

الحالة السابقة للحرض : يطرأ على المفرط في الاغتذاء حالة تسبق اصابته بالحرض تتظاهر بتعب اعضائه وجهدها. ولا بد لنا لفهم اسباب ذلك من ذكر ما يلي :

تولد كل خلية من خلايا الجسم انقاضاً مختلفة الطبيعة والمقدار وهـذه الانقاض ذوابة في البيئة الباطنة واخلاط الجسم او غير ذوابة فيها.

ترسب الانقاض التي لا تذوب حيث تتكون فتضعف الاعضاء والنسج وتسبب تصلبها فشيخوختها قبل اوانها واما الانقاض الذوابة فانها تنتشر في الاخلاط فتسعى اعضاء الافراغ الى طردها فتتعب بسبب ذلك تعباً لا تنفع فيه غير الراحة. فاذا استمر هذا التعب العضوي لا تكفي حينئذ الراحة الى الترميم فتتراكم الانقاض في الجسم وينتج منهـا ما يعرف بالانسمام الذاتي المؤذي للنسج والاعضاء.

لا يشكو النهمون في الغالب اولاً من انبوبهم الهضمي بل يشكون من وهن في نشاطهم العقلي والعضلي واضطراب في جهازهم البولي والدوراني ثم تبدو علامات ضعف انبوبهم الهضمي فيبطوء هضمهم ويصبح عسراً وتمكث الاطعمة في معدهم مدة طويلة فيسوء اختمارها وتتفسخ فيشعرون بثقل في الشرسوف وانتفاخ في البطن ووعكة عامة ورغبة في النوم بعـد الطعام. ولا يكون نومهم هادئاً بل مشوشاً يخالطه الكابوس والاحلام المزعجة وقد يصابون بالأرق بين حين وآخر.

ولا تلبث الاضطرابات ان تبدو في الامعاء المجاهـدة التي اصبحت

منهوكة فتقل افرازاتها والافرازات المنصبة اليها فلا تتعدل امضية الكتلة الطعامية بسهولة ويخف تأثير العصارات البانكرياسية والمعوية فيها فتكثر الفضلات وتتراكم في الاعور فتستسيغها الجراثيم الساكنة هناك وقد يؤدي ذلك مع الزمن الى التهاب الزائدة. وبما ان الكتلة الطعامية لم تتعدل تعديلاً كافياً بالعصارات المعوية فان بطانات الامعاء تنفعل فتتشنج وينتج من ذلك كولنج وقبض واسهالات متقطعة وكثرة في افراز المخاط يقي الغشاء النبيل من سوء تأثير الكتلة الطعامية المخمرة فيه ولكنه يعوق الامتصاص وينتج من ذلك التهابات المعى والقولون وما يصحبها من اضطرابات عصبية . وقد ثبت لدى بعض المؤلفين ان عناصر الصفراء تمر في الاكولين الى الدم ويصحب ذلك اضطرابات في العروق وتمدد في المعدة وتراكم الغائط في الاعور وازدياد التوتر في البطن واحتقان في الكبد وازدياد في الضغط الشرياني وبواصير ودوالي وتصبح الجملة العصبية خدوشاً فيشكو المصاب من اوجاع رأسية مستمرة في الرأس كله او نصفه (شقيقة) ومن آلام عصبية مختلفة ودوار واضطراب عام وهمود وبلادة وخور صريح . ويتضح من فحص البول انه اصبح محتوياً على عناصر ضارة تخدش الكلية اثناء مرورها منها ويتبين من فحص الغائط ان امتصاص الاغذية وتمثلها قد خف .

ويطلق على هذه الحالة الحالة السابقة للحرض فاذا لم يبادر الى معالجتها بالحمية والاعتدال يستفحل الامر .

تمتص السموم الطعامية مع الغذاء من قبل غشاء الامعاء المخاطي فتنقل

الى الدم ومنه الى جميع الاعضاء ومنها الغدد الصم واعضاء الجملة العصبية فتنفعل وتحدث ارتكاسات عديدة في الاعصاب الحشوية تدعو الى زيادة الاحتقان في الاحشاء واشتداد اضطراب وظائفهـا ويضاف الى السموم الطعامية في الاكولين السموم النسجية الناتجة من اجهاد الاعضاء .

يتضح مما ذكر ان كثرة الغذاء تولد مظاهر قريبة من الحرض واضطرابات عصبية وغدية لا تلبث ان لم تعالج بنظام صالح للطعام ان تنقلب مظاهر حرضية

المظاهر الحرضية : عديدة منها النقرس والسكري ورمل الكلوة والمرارة وحصاتهما والانفضاج وغير ذلك وكلها امراض خطرة يزيد في خطورتها ذيوع تأثيرها على المجتمع وتوارثها غير ان هذه الوراثة هي لحسن الحظ وراثة استعداد يستطيع الوارث الافلات منها باتباع القواعد الصحية

وتنشأ المظاهر الحرضية من تقصير الاعضاء والجسم في انضاج اسس المواد الطعامية كلها او بعضها ففي النقرس والرمال لا تتفكك المشتقات الآزوتية ولا تنحل انحلالاً كافياً فتتراكم في النسج وتولد النقرس او في الكلية وتولد الرمل الكلوي واما في الانفضاج فيبطىء احتراق الاغذية في الجسم فتتراكم على هيئة شحوم منتشرة واما في الداء السكري فان اكثر ماءات الفحم لا يستخدمها الجسم بل يطرحها واما في الديابيطس الفوسفوري وما شابهه فان الجسم لا يستطيع مسك الملاح المعدنية مسكاً كافياً فتفرغ مع البول لذلك صح نعت هذه الامراض بامراض سوء الاغتذاء لان المواد الغذائية لم تستخدم من قبل الجسم او انه استخدم بعضها او انه اسيء استخدامها فيه .

ويعد بعض المؤلفين اليوم امراض الحرض مظاهر دفاع الجسم ضد

السموم المتراكمة فيه والناتجة من كثرة الغذاء فرسوب حامض البول في النقرس والرمال وتكون الشحوم في الانفضاج وسيلة يقي الجسم بها نفسه من كثرة الانقاض المؤذية الجوالة فيه التي ينقصها التأكسد فتتراكم على هذا شكل ويتخلص البدن من شر اخبث من هذا وكذلك البيلة السكرية فانها ارتكاس دفاعي فيطرح الجسم بهذه الواسطة السكر الذي لا يستطيع تثبيته او تحويله والاستفادة منه اذ لو بقي فيه ربما تضاعف تضاعفاً سمياً وسبب موتاً عاجلاً .
فظاهر المرض والحالة هذه على رأي بعض المؤلفين مظاهر دفاع ضد انسمام الجسم بالاغذية . ومما يثبت ذلك انه كثيراً ما تتلو نوب النقرس والرمل هجمة في الاضطرابات الذي يشكو منها المصاب باضطراب افراط الاغتذاء

ان تجوال السموم المولدة من الانسمام الذاتي في الدم تصلب الشرايين وتعرضها للتمزق وتنقص سعتها فيقل الدم الوارد بها على الاعضاء فتضطرب ثم تتصلب فيقل نسيجها النبيل ويكثر نسيجها الضام . واكثر الاعضاء تعرضاً للتصلب هي الاعضاء النشيطة المرهقة وخاصة الكلية والكبد ويصحب تصلب العروق ارتفاع الضغط الشرياني .

اما الجملة العصبية فانها تضطرب ايضاً لاغتذائها بدم فاسد قليل ويبدو اضطرابها بشحوب لون الوجه وبعلامات فاقة دم الدماغ من بسيطة كطنين الآذان والدوار والمص والخدر او خطرة كالصم والبكم والعمى

واما الانبوب الهضمي فقد بدأ الاضطراب به ويزيده التصلب تشويشاً واختلاطاً . ويعم الداء اعضاء الجسم الباقيـة فتتصلب اعضاء الجهاز الرئوي وتصاب القصبات بالتهاب مزمن وقـد يعتري المصاب نوب ربو مزعجة

وتتصلب الاسناخ الرئوية ويفضي ذلك الى تمزقها واشتراك بعضها ببعض وحدوث الانتفاخ الرئوي وتشوش النظم التنفسي وقد يصاب الشخص بوذمة الرئة والخناق الصدري ويزيد ذلك كله في اضطراب الجهاز الدوراني فيضخم القلب ثم تتوسع تجاويفه وتحتقن الاعضاء بالدم وينتهي الامر بالموت فيموت المتصلب الشرايين من تصلب كليته وقصور قلبه او من الخناق الصدري او من وذمة الرئة او من غشي بصلي او من نزف دماغي .

وعدا ذلك فان المصابين بالحرض اقل مقاومة ضد الامراض المفنة واكثر تعرضاً لها . تلك هي مضار البطنة في الفرد وقد قال الاعشى بهذا المعنى :

ان الشبع داعية البشم وان البشم داعية السقم وان السقم داعية الموت فمن مات بهذه الميتة فقد مات ميتة لئيمة وهو مع هذا قاتل نفسه وقاتل نفسه الأم من قاتل غيره

تلك هي خلاصة عن مضار البطنة في الفرد على ان ضرر البطنة يتعدى الفرد الى المجتمع وذلك بانتقال هذه الامراض الناتجة عنها وراثة كما اسلفنا وبقلة اخصاب المبطونين فقد ثبت ان من اسباب قلة النسل في شعب من الشعوب كثرة الحرض في بنيه لذلك يتساءل بعض علماء الفرنسيين ؟ لم لا تكافح البطنة كما يكافح السل فان خطرها على الافراد والنسل والشعب لا يقل عن خطره ولا يمكن التخلص من الوقوع في شر هذه الامراض الا بمكافحة النهماي بانقاص السموم الواردة مع الطعام والشراب وبالنشاط والحركة وينقل عن ابقراط انه قال استدعوا الصحة بترك التكاسل وترك

الامتلاء من الطعام والشراب . والى هـذا ترشد الصلاة والصوم فمن بعض مقاصد الصلاة الحركة ومن بعض مقاصد الصوم واداب الاكل النبوية اجتناب الامتلاء كما بينا في الآية الكريمة والاحاديث الشريفة . لا شك ان العمل بهدي النبي في امر الطعام والشراب يحتاج الى ارادة قوية ولعله لذلك لم يفرض الصيام الا بعد الصلاة لما لها من اثر في تهذيب النفوس والتعويد على الطاعة

كلمة تاريخية عن الغذاء

وبعض ما قاله حكماء العصور السابقة في امر الغذاء وذم الامتلاء

دعانا الى كتابة هذا البحث ما قرأناه في احد اجزاء المجلة الطبية العلمية عن الغذاء للدكتور هلك الأستاذ في جامعة بيروت الاميركية لما لمقاله من صلة بالاشباب والغذاء ولنبين كما يطلب مؤلف المقال نبذاً عما دونه مؤلفو العرب والشرق في بطون كتبهم العلمية . يقول الدكتور هلك في مقاله لو تصفحنا التاريخ لكي نقف على زمن بداية الاختبارات الفنية للتوصل الى معرفة اقل ما يلزم من الغذاء لحفظ الحياة لوجدنا ان ذلك الزمن حديث بالنسبة الى الوقت الذي مر منذ وجد الانسان على الارض الى الآن. وقبل الشروع في تجربتنا دعونا نفتش التاريخ انرى هل فيه شيء يختص بموضوع هذا المقال اذا راجعنا العهد القديم وجدنا انه قد جاء فيه ان دانيال ورفقاءه ظلوا ثلاث سنوات لا يأكلون سوى القطاني ولا يشربون الا الماء الصرف . فلم يذوقوا الاطايب التي كانت تقدم لهم من لدن الملك نبوخذ نصر ولا شربوا من

مشروبه . ومع ذلك فله كانت مناظرهم احسن وكانوا اسمن لحماً من كل الفتيان الآكلين من اطايب الملك وقد فاقوهم معرفة وعقلًا وحكمة. ففي كل ما سألهم عنه الملك وجدهم عشرة اضعاف فوق كل المجوس والسحرة الذين في مملكته ولكننا لا نعلم شيئاً علماً تاماً عن العمل الذي كانوا يقومون به لان ذلك لم يرد ذكره في السفر المذكور . هذا كل ما يمكن ان نجده في التاريخ مما له علاقة بموضوعنا الى غاية سنة ١٥٠٠ ب. م

ان لويجي كارنارو الايطالي الذي توفي سنة ١٥٦٥ م . بالغاً من العمر مئة سنة اصيب وهو في الاربعين من عمره بمرض عجز اطباؤه عن ان يشفوه منه فقطعوا الامل من حياته وانذروه بانه لا يعيش سوى بضعة اشهر فعقد النية على ان يعيش عيشة الاعتدال ويعتمد على البسيط من الطعام يتقوت به تقويتاً فلا يفرط في شيء . وهكذا فعل فتحسنت حالته الجسدية والعقلية وامسى قادراً على ان يقوم ببعض الاعمال حتى بين السنة الثمانين والخامسة والتسعين من عمره كما جاء في بعض المقالات التي حررها بيده وقد ترك لنا مثلين امتدح بهما خطته الغذائية قال :

من كان ذا شهوة شديدة للطعام فعليه ان يتناول القليل منه ، وقال ايضاً ان الطعام الذي يغادره المرء على المائدة بعد تناول ما يحتاج اليه منه هو أفيد له من المقدار الذي اكله .

ومما كتبه بهذا الصدد جوزيف اديصن العالم الانكليزي انه لما كان يجلس الى مائدة مثقلة بالاطعمة الشهية كان يخطر في باله دائماً ان في الوان الاطعمة التي كان يراها امامه امراضاً مختلفة كامنة فيها كالنقرس والزلال

والحميات على اختلاف انواعها .

ومنذ سنة ١٩١٢ الى الآن نشر هندهيد في الدنمرك خمسة وعشرين تقريراً عن كيفية التغذية وهو يعتقد ان الانسان يقدر ان يعيش على ثلث كمية الآزوت التي اعتاد ان يتناولها .

ويدعي (هوارس فلتشر) الاميركي انه حين بلغ الرابعة والاربعين من عمره غيّر نسق معيشته وراعى فيها القواعد الاربع الآتية فكانت النتيجة انتقاله من حالة سيئة الى حالة جيدة جداً جسدياً وعقلياً واما قواعده فهي :

١ — ان لا يجلس الى المائدة الا وهو جائع ٢ — ان يمضغ طعامه جيداً ٣ — ان ينقطع عن تناول الطعام قبل بلوغ درجة الشبع ٤ — ان لا يتناول من الاطعمة الا ما تشتهيه النفس . وقد وجد الاطباء الذين فحصوا جسم فلتشر فحصاً مدققاً سنة ١٩٠٣ ان مقدرته الجسدية والعقلية كانت على ما يرام ومما يستحق الذكر وتهمنا معرفته هنا هو ان نعلم بان فلتشر كان يتناول في مراعاته للقواعد الآنفة الذكر نصف كمية الآزوت التي اعتاد الناس ان يتناولوها

هذه هي النبذة التاريخية التي يصدر الدكتور هلك فيها مقاله

ولدى بحثنا عن الصيام تصفحنا ما قيل في امر الغذاء ومن ذلك مقالة الزميل فاضفنا على ابحاثنا بحثاً جديداً فيه نبذة عمن الف في موضوع الغذاء من الاطباء الاقدمين والعرب وبعض اقوالهم اجابة الى سوآل الزميل

فمن اقوال ابقراط في هذا الصدد: انما نأكل لنعيش ولا نعيش لنأكل .

ومن اقوال الحرث بن كلدة : الحمية هي الاقتصاد في كل شيء فان

الاكل فوق المقدار يضيق على الروح ساحتها ويسد مسامها ومن كلامه البطنة بيت الداء والحمية رأس الدواء وينسب هذا الكلام الى الرسول صلى الله عليه وسلم واوله المعدة وبحث تيادور(*) العربي الذي صحب الحجاج وكان طبيباً فاضلاً معمراً في امر الطعام فقال: لا تأكل طعاماً وفي معدتك طعام ولا تأكل ماتضعف اسنانك عن مضغه فتضعف معدتك عن هضمه ولا تشرب الماء على الطعام وعليك بدخول الحمام في كل يومين مرة . وقد الف ابو زيد العبادي في الغذاء والصحة والقوة كتاباً سماه طبائع الاغذية وتدبير الابدان (**) ومن كلام ثابت بن قرة قوله ليس على الشيخ اضر من ان يكون له طباخ حاذق وجارية حسناء لانه يستكثر من الطعام فيسقم ومن الجماع فيهرم ومن اقواله راحة الجسم في قلة الطعام وراحة النفس في قلة الآثام وراحة القلب في قلة الاهتمام وراحة اللسان في قلة الكلام . ومن كلام الرشيد الدواء الذي لا داء معه ان لا تأكل الطعام حتى تشتهيه وان ترفع يدك عنه وانت تشتهيه

ولابن المقفع في هذا الصدد قوله الاصل في امر اصلاح الجسد الا تحمل عليه من المآكل والمشارب والباه الاخفافا ومن اقوال الاصمعي: اي بني قد بلغت تسعين عاماً مـا نفض لي سن ولا انتشر لي عصب ولا عرفت ذنين انف ولا سيلان عين ولا سلس بول ، ما لذلك علة الا التخفيف من الزاد . فان كنت تحب الحياة فهذه سبل الحياة وان كنت تريد الموت فلا يبعد الله الا من ظلم نفسه . وقال عمرو بن العاص عن تأثير البطنة في المجتمع فوالله

(*) طبقات الاطباء ص١٢٢ (**) طبقات الاطباء لابي اصيبعة ص ١٩٩

ما بَطُن قوم قط الا فقدوا بعض عقولهم وما مضت عزمة رجل بات بطنياً

وقال الحسن : ان ابن آدم اسير الجوع، صريع الشبع هذا وقد كتب اطباء العرب عن الغذاء كثيراً طبع منها كتاب منافع الاغذية ودفع مضارها لعمدة الاطباء ابي بكر محمد بن زكريا الرازي المتوفى سنة ٣٢٠ هـ ينتقد فيه كتابا جالينوس ويحيي بن ماسويه في الاغذية

والف ايضاً ابن سينا المتوفى سنة ٤٢٨ كتاباً خصص اكثر اقسامه للغذاء سماه كتاب دفع المضار الكلية عن الابدان الانسانية وقد نظم سديد الدين بن رقيقة وهو ابو الثناء محمود بن عمر بن ابراهيم بن شجاع الشيباني (*) في صدد الغذاء الابيات الآتية :

توقّ الامتلاء وعد عنه	وادخال الطعام على الطعام
واكثار الجماع فان فيه	لمن والاه داعية السقام
ولاتشرب عقيب الاكل ماء	فتسلم من مضرات عظام
ولا عند الخوى والجوع حتى	تلهن باليسير من الادام
وخذ منه القليل ففيه نفع	لذي العطاش المبرح والأوام
وهضمك فاصلحنه فهو اصل	واسهل بالايارج كل عام
وفصد العرق نكب عنه الا	لذي مرض رطيب الطبع حامي
ولا تحركن عقيب اكل	وصير ذاك بعد الانهضام
لئلا ينزل الكيلوس فجاً	فيلحج في المنافذ والمسام
ولا تدم السكون فان منه	تولد كل خلط فيك خام

(*) اطبقات الاطباء ج٢ ص ٢٢٧

وقلل ما استطعت الماء بعد الـرياضة   واجتنب شرب المـدام

وعدل مزج كأسك فهي تبقي الحـرارة فيك دائمة الضرام

وخل السكر واهجره مليا   فان السكر من فعل الطغام

واحسن صون نفسك عن هواها   تفز بالخلد في دار السلام

وله ايضاً ص ٢٢٨

ان الغذاء وان كان الصديق لما   هو المدبر اعني قوة الوصب

فهو العدو لهـا ايضاً لان به   زيادة الضد اعني عنصر الوصب

وننهي بحثنا هذا ببعض الاحاديث الشريفة الواردة في هـذا الصدد لا يدخل ملكوت السماء من ملأ بطنه روي عن عباس (وابغضكم عند الله عز وجل يوم القيامة كل ؤوم اكول شروب) روي عن الحسن (ما زين الله برجل افضل من عفاف بطنه) روي عن حذيفة (من قل طعامه صح بطنه وصفا قلبه ومن كثر طعامه سقم بطنه وقسا قلبه) ومنها (نحن قوم لا نأكل حتى نجوع واذا اكلنا لا نشبع) يتضح من ذلك ان آيات القرآن الكريم والاحاديث الشريفة ارشدت ارشاداً جامعاً وكان من جملته الارشاد الغذائي كما بينا ويتضح من ذلك ان اطباء العرب وحكماءهم بحثوا في امر الغذاء واقروا قواعد تفوق قواعـد فلتشر الاربع فاليهم يرتد الفضل في ذلك .   (للبحث صلة)

(للبحث صلة)

❀❀❀

فهرس اول

فيه مواد المجلد الثالث عشر من مجلة المعهد الطبي العربي

مرتبة على حروف المعجم

الصفحة

— أ —

— ب —

— ج —

الصفحة

— ح —

— خ —

— د —

— ذ —

الصفحة

— ر —

— ز —

— س —

الصفحة

— ش —

— ض —

— ط —

— ع —

— ف —

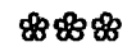
— ق —

— ك —

❀ ❀ ❀

فهرس ثانٍ

فيه اسماء المطبوعات الحديثة المقرظة في السنة الثالثة عشرة من هذه المجلة



فهرس ثالث

فيه اسماء كتبة المقالات مرتبة على حروف المعجم

الصفحة

